



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A MEDICINA DENTÁRIA E A GESTAÇÃO. “ESTARÃO AS
GRÁVIDAS CIENTES DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE
ORAL PARA ELAS PRÓPRIAS E PARA A CRIANÇA QUE
IRÁ NASCER?”

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Cláudia Carolina Benatru Antunes

Viseu, 2016



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A MEDICINA DENTÁRIA E A GESTAÇÃO. “ESTARÃO AS GRÁVIDAS CIENTES DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL PARA ELAS PRÓPRIAS E PARA A CRIANÇA QUE IRÁ NASCER?”

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Cláudia Carolina Benatru Antunes

Orientador: Professora Doutora Andreia Sofia de Paiva Figueiredo
Coorientador: Professora Doutora Mariana Pinheiro Torres Seabra

Viseu, 2016

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o
desejo de vencer ”

Mahatma Gandhi

Agradecimentos Institucionais

Ao Doutor António Lemos e a todos os Médicos, Enfermeiros e Auxiliares da USF Grão Vasco Viseu pela forma como me receberam, pelo auxílio prestado, pela cedência do espaço e pela simpatia demonstrada.

À Enfermeira Cláudia e ao Doutor Sá Nogueira, que me ajudaram na angariação de participantes.

À Doutora Catarina e à Doutora Andreia por me terem cedido o espaço para a realização do meu trabalho.

A todas as grávidas pela boa disposição e pela participação e colaboração indispensável à realização deste estudo.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, pelo precioso conhecimento que me transmitiu, pelas palavras amigas de incentivo e motivação, por toda a ajuda e disponibilidade, pela preocupação constante e por me ter guiado ao longo deste percurso, muito obrigada.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, pelo valioso contributo na realização deste trabalho, pela disponibilidade, conselhos e críticas construtivas.

Ao Professor Doutor Nélcio Veiga pela simpatia, ajuda e disponibilidade ao longo destes anos.

Dedico esta tese aos meus pais porque sem eles nada disto seria possível. Por me levantarem a cada queda, por acreditarem em mim, por nunca me deixarem desistir, por me tornarem mais forte. Amo-vos.

Ao meu irmão Miguel por ser um exemplo para mim, pela força e coragem que sempre me transmitiu. À minha irmã Mónica pelos mimos e por estar sempre presente. À minha irmã Júlia por ser a irmã mais querida que alguém pode ter, por todas as palavras de reconforto e incentivo.

Aos meus sobrinhos Leandro, Isaura, Alexandra, Valentina e Santiago porque ser tia é ser uma segunda mãe, vocês preenchem o meu coração.

À Manuela, à Marina e a toda a minha família porque são sem dúvida o melhor do mundo.

Ao meu Papi e à minha Mamie, gostaria tanto de poder partilhar esta etapa com vocês, tenho tantas saudades vossas.

À Débora por me perceber tão bem, por ser minha binómia, amiga e confidente. Por ter sido a minha família em Viseu ao longo deste percurso. Foste sem dúvida das melhores coisas que Viseu me trouxe, juntas somos mais fortes.

A todas as pessoas que partilharam este percurso comigo e deixaram um pouco de si em mim. Ao Miguel pelo apoio, ajuda e por estar sempre do meu lado. Às minhas amigas Raquel e Gabriela por partilharem todos estes anos comigo e tornarem o meu percurso mais fácil.

Resumo

Introdução: Durante a gestação pode haver agravamento das condições de má saúde oral, mas por si só a gravidez não aumenta a incidência de cárie dentária. Devido a alterações hormonais, a gengiva pode doer e sangrar facilmente, agravando-se a situação se não existirem cuidados de higiene oral.

Objetivos: Os objetivos principais do estudo foram: avaliar a presença de doença periodontal através do Índice Comunitário Periodontal (ICP) e avaliar a presença de cárie através do índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD); avaliar o conhecimento das gestantes acerca de temas relacionados com a saúde oral na gestação e perceção da sua condição oral; compreender se as medidas do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral estão em funcionamento.

Material e métodos: Foi realizado um estudo piloto, cujos dados foram recolhidos através da realização de um questionário e de uma observação clínica a um grupo de gestantes. Estes foram recolhidos nos três primeiros meses de 2016, na Unidade de Saúde Grão Vasco Viseu e num consultório privado em Cabeceiras de Basto. A amostra foi constituída por 30 gestantes inseridas nos três trimestres de gestação.

Resultados: O CPOD médio das gestantes em estudo é de 11,63. A média de dentes cariados é de $2,65 \pm 3,737$, a média de dentes perdidos é de $1,67 \pm 2,617$ e a média de dentes obturados é de $7,33 \pm 3,698$. Embora a cárie esteja presente, nota-se que as gestantes têm preocupação em procurar tratamento médico-dentário, pois a média de dentes obturados é elevada. Existe uma elevada prevalência de sinais de doença periodontal e uma maior prevalência de bolsas periodontais nas gestantes do 3º trimestre. Todas as gestantes consideraram importante uma boa saúde oral e a perceção sobre a sua condição oral é de manutenção relativamente ao período pré-gestacional. Observa-se a perpetuação do mito da perda do cálcio dos dentes da mãe para o bebé (72,2%). As grávidas consideram perigosa a realização de exames radiográficos (90,0%) e o uso de anestesia local (63,3%) na consulta de medicina dentária. As medidas do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral parecem estar em funcionamento, uma vez que 90% das gestantes referiu saber que tinha direito à utilização de cheque-dentista. Contudo até à data do questionário apenas 43,3% o tinha utilizado.

As gestantes foram sensibilizadas acerca da importância de uma boa saúde oral para elas e para o bebê e foram instruídas acerca da correta higienização oral e recomendações especiais a adotar no período gestacional

Conclusão: É necessário apostar em programas preventivos no período pré-concepcional e no pré-natal que promovam a educação das gestantes e a realização de tratamentos que promovam a saúde oral.

Palavras-chave: Gestação; ICP- Índice Comunitário Periodontal, CPOD- Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; Cárie Dentária; Doença Periodontal.

Abstract

Introduction: During pregnancy there may be poor oral health conditions, but alone pregnancy does not increase the incidence of tooth decay. Due to hormonal changes, the gums may hurt and bleed easily, worsening the situation if no oral hygiene care is taken.

Objectives: The main objectives of this study were to evaluate the presence of periodontal disease through the Community Periodontal Index (PCI) and evaluate the presence of caries through Decayed, missing and filled index (DMF); assess the knowledge of pregnant women about issues related to oral health and perception of their oral condition and understand whether the measures of the National Oral Health Promotion Program are operating.

Methods: A pilot study was conducted and data were collected by conducting a questionnaire and a clinical observation to a group of pregnant women. These were collected in the first three months of 2016, in the Health Unit Grão Vasco Viseu and in private practice in Cabeceiras de Basto. The sample consisted of 30 pregnant women inserted in the three trimesters of pregnancy.

Results: The average DMFT of pregnant women in the study is 11.63. The average number of decayed teeth is 2.65 ± 3.737 , the average missing teeth is 1.67 ± 2.617 and the average filled teeth is 7.33 ± 3.698 . Although tooth decay is present, it is noted that pregnant women have concern to seek medical and dental care as the average filled teeth is higher. There is a high prevalence of periodontal disease signs and a higher prevalence of periodontal pockets in the 3rd quarter of pregnancy. All pregnant women considered important to have good oral health and the perception about oral condition is maintained comparing with the pre-pregnancy period. We have noted the perpetuation of the myth of calcium loss from the mother's teeth to the baby (72.2%). Pregnant women considered performing X-ray examinations (90.0%) and the use of local anesthesia (63.3%) dangerous on dental appointment. The measures of the National Program of Oral Health Promotion seem to be working, since 90% of pregnant women have knowledge about the use of "cheque-dentista". However only 43.3% had used.

The women were sensitized about the importance of good oral health for themselves and the baby and were instructed about proper oral hygiene and special recommendations to adopt during pregnancy

Conclusion: It is necessary to invest in preventive programs in the pre-concepcional period and prenatal to promote education of pregnant women.

Keywords: Pregnancy; Community Periodontal Index ICP, DMF Teeth Index Decayed, missing and filled; Dental cavity; Periodontal disease.

Índice

Agradecimentos Institucionais	vii
Agradecimentos.....	ix
Resumo.....	xi
Abstract	xiii
I. Revisão Bibliográfica	xvii
1.1 A Gestação e a gravidez	2
1.2 A Gravidez e a Saúde Oral	3
1.2.1 Cárie	3
1.2.2 Doença periodontal.....	6
1.2.3 Perimólise	10
1.3 A Gravidez e a Higiene Oral	11
1.3.1 Recomendações à gestante	11
1.3.2 Flúor	13
1.4 A Gravidez e o Tratamento Dentário	14
1.4.1 Raio-x	16
1.4.2 Procedimentos Preventivos.....	17
II. Objetivos.....	20
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
III. Metodologia.....	24
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Amostra	26
3.3 Procedimentos éticos e legais.....	26
3.4 Recolha de Dados.....	26
3.5 Protocolo e material utilizado.....	27
3.6 Análise estatística	32
IV. Resultados.....	34
4.1 Resultados do questionário.....	36
4.1.1 Caracterização da amostra	36

4.1.2	Caracterização dos hábitos	38
4.1.3	Caracterização da gravidez	40
4.1.4	Caracterização da percepção das gestantes.....	43
4.1.5	Caracterização da prevenção e promoção da saúde oral.....	50
4.2	Resultados da condição clínica.....	51
4.3	Resultados com significância estatística	60
V.	Discussão dos resultados	70
5.1	Materiais e métodos	72
5.2	Resultados	73
5.2.1	Caracterização da amostra	73
5.2.2	Caracterização dos hábitos	74
5.2.3	Caracterização da gravidez	76
5.2.4	Caracterização da percepção das gestantes.....	77
5.2.5	Caracterização da prevenção e promoção da saúde oral.....	81
5.2.6	Resultados da condição clínica.....	82
5.2.7	Resultados com significância estatística.....	84
VI.	Conclusões.....	88
	Bibliografia	94
	Anexos	102

I. Revisão Bibliográfica

1.1 A Gestação e a gravidez

A gestação é um dos períodos mais marcantes da vida de uma mulher. Delimita-se temporalmente por um período de aproximadamente 266 dias ou 38 semanas entre a concepção e o nascimento (1). No entanto, tendo em conta que não se sabe exatamente o dia em que ocorre a fecundação, a contagem faz-se usualmente a partir do primeiro dia da última menstruação. Tendo como referência esta contagem, a gravidez é dividida em três trimestres e dura idealmente 40 semanas. Da 1ª à 13ª semana (1º trimestre), da 14ª à 26ª semana (2º trimestre) e da 27ª à 40ª semana (3º trimestre), ao longo das quais ocorre todo um processo fisiológico adaptativo ao desenvolvimento do bebé, acompanhado por uma adaptação psicossocial (1-3). É considerado parto prematuro aquele que ocorrer antes das 37 semanas de gestação, e baixo peso à nascença o peso ao nascimento inferior a 2500 g (4-6) .

A gravidez estimula no organismo materno uma série complexa de adaptações fisiológicas que permitem assegurar as condições adequadas para o desenvolvimento e crescimento feto-placentário (1). Estas modificações são atribuídas às hormonas e às pressões mecânicas decorrentes do crescimento quer do útero, quer de outros tecidos (7).

Podemos observar alterações fisiológicas nos diversos sistemas do organismo: Sistema Reprodutor e mamas, Sistema Endócrino, Sistema Cardiovascular, Aparelho Respiratório, Sistema Urinário, Sistema Músculo-esquelético, Sistema Tegumentar, Sistema Imunitário, Sistema Neurológico e Sistema Gastrointestinal (2, 7). De entre as alterações que podem acometer o sistema gastrointestinal destacam-se aquelas que ocorrem na cavidade oral, tanto nos tecidos dentários duros como nos tecidos moles (8, 9).

É comum a gestante manifestar no início da gravidez náuseas, enjoos matinais, refluxo e vômitos. A émesa gravídica ou náusea e vômito da gravidez aparecem aproximadamente entre a 4ª e a 6ª semana de gestação e comumente diminuem no final do 3 mês (primeiro trimestre de gravidez). Estes sintomas ocorrem em 50% a 90% das gestantes e são frequentemente associados a mulher jovens e de baixo estatuto socioeconómico (8). Possivelmente ocorrem em resposta aos níveis crescentes de HCG (gonadotrofina coriónica humana) e ao metabolismo alterado de hidratos de carbono (7).

A gestação representa um período único de sensibilidade e suscetibilidade a doenças orais (10). A ingestão alimentar e apetite da mulher modifica-se,

correspondendo geralmente a um aumento da ingestão de hidratos de carbono (7, 11). Pode observar-se um agravamento das condições da má saúde oral, como uma maior incidência de cárie e doença periodontal, verifica-se o aparecimento de erosão nas superfícies linguais dos dentes e xerostomia (8, 12). A gravidez por si só não aumenta a incidência de cárie dentária, a maior ingestão de hidratos de carbono e açúcares, a ingestão de alimentos entre as refeições e a falta de cuidados orais podem agravar a condição pré-existente (8).

As alterações hormonais decorrentes da própria gravidez aumentam o risco da gestante sofrer algumas patologias a nível periodontal, (13) nomeadamente aparecimento de sangramento e inflamação gengival, agravamento de condições periodontais existentes e gengivite gravídica (12). Os vômitos e refluxo gástrico têm sido associados ao aparecimento de perimólise nas superfícies dentárias (14). A crença da “perda de um dente por cada filho/gravidez” e o mito da perda do cálcio e minerais dentários da mãe para a formação óssea do feto ainda se perpetua no tempo (15).

1.2 A Gravidez e a Saúde Oral

1.2.1 Cárie

A cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível e multifatorial que se caracteriza pela desmineralização dos tecidos dentários mineralizados (16, 17). É considerada um problema major de saúde pública, devido à sua elevada prevalência e impacto social (18).

A cárie inicia-se no esmalte dentário como descalcificação ou lesão de mancha branca e progride até formar uma cavidade. Se continuar a evoluir atinge a dentina e se não for tratada a tempo, as bactérias invadem a polpa (19).

A etiologia da cárie estende-se numa complexa interação entre múltiplos fatores (20). Têm sido apontados como principais envolvidos: microorganismos, hospedeiro, substrato e tempo (21). A presença de bactérias cariogénicas, um hospedeiro susceptível ou dentes comprometidos e uma dieta alimentar rica em hidratos de carbono são elementos de risco no aparecimento de cárie (19).

O *Streptococcus mutans* (MS) foi considerado durante muitos anos como o principal agente etiológico da cárie dentária. Atualmente sabe-se que estão envolvidos vários microorganismos que agem coletivamente para iniciar e estender o processo, principalmente quando o ambiente oral é favorável, ou seja, quando o nível de açúcar é elevado e o pH é baixo (20, 22). As bactérias *Lactobacillus acidophilus* e MS têm sido apontadas como estando envolvidas no processo da cárie. (17, 19, 23, 24) Contudo, estudos referem que mesmo na ausência destas bactérias, outras conseguem produzir quantidades substanciais de ácido a partir dos hidratos de carbono fermentáveis (23). Atualmente pensa-se que não existe uma especificidade quanto aos microorganismos envolvidos no processo da cárie, existe o envolvimento de um conjunto de bactérias presentes na placa bacteriana unidas entre si que produzem uma diminuição do pH após o consumo de açúcar (20, 23). A atividade metabólica destas bactérias presentes no biofilme oral (25) é responsável pela produção de ácidos que levam à diminuição do pH oral e desmineralização do esmalte dentário (16, 24).

A placa bacteriana é uma bio película constituída por bactérias unidas entre si e à estrutura dentária do dente: quando o pH é baixo e o consumo de açúcares é muito frequente, as condições ambientais locais alteram-se favorecendo a ação das bactérias cariogénicas e uma vez que a capacidade de tamponamento da saliva não é suficiente, ocorre a desmineralização dentária (16).

Segundo a hipótese “ecológica” o processo da cárie é constituído por diferentes etapas (24). Primeiramente as superfícies do esmalte estão colonizadas principalmente por bactérias *Não-streptococos mutans* e o meio oral é pouco ácido, estando o equilíbrio entre a remineralização e a desmineralização mantido. Quando se alteram as condições orais devido ao consumo de açúcar com maior regularidade o meio torna-se mais ácido e ocorrem processos de adaptação e seleção induzidos por ácidos microbianos que ao longo do tempo podem mudar a flora e o equilíbrio da desmineralização/ remineralização, originando o início e progressão da cárie dentária. Quando as condições de acidez são prolongadas, as bactérias mais acidogénicas como o MS tornam – se dominantes. Muitas bactérias acidogénicas estão envolvidas na cárie e a acidificação do meio ambiente é o principal determinante das mudanças que ocorrem na microflora durante a cárie (19, 24).

A saliva desempenha uma função importante na proteção dos dentes, devido à sua ação de limpeza, neutralização dos ácidos e propriedades antimicrobianas (26). Apresenta um papel fundamental no controlo do pH e no processo de estabilidade entre

a desmineralização/remineralização do meio. Devido à sua ação de tamponamento, consegue neutralizar os ácidos e normalizar a situação aproximadamente 30 minutos depois da ingestão dos alimentos (27). Uma taxa de secreção salivar elevada, juntamente com a mastigação, ajudam na eliminação de açúcares e partículas de alimentos presentes na cavidade oral e conseqüentemente diminuem o período de tempo em que o açúcar está disponível como substrato para as bactérias (26, 28).

Como referido anteriormente muitos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de cárie dentária, desempenhando a dieta um papel importante. O açúcar possui um grande papel no aparecimento de cárie, acredita-se que existe uma relação dose-resposta e que o seu consumo é um fator crítico no processo de cárie (20). Pode ser facilmente metabolizado pelas bactérias envolvidas na formação do biofilme, originando sub-produtos ácidos que podem levar à desmineralização da estrutura do dente (26).

Embora controverso, estudos têm demonstrado que os cuidados de saúde oral, o índice de placa, a frequência de escovagens dentárias com pastas fluoretadas, a formação educacional da mãe e a situação económica influenciam mais o aparecimento da cárie dentária do que a dieta alimentar (21).

Podemos encontrar na literatura uma correlação significativa entre a higiene oral e a situação socioeconómica. Pessoas com um baixo nível socioeconómico tendem a escovar os dentes com menos frequência e estão associadas a um maior risco de ter lesões de cárie (29).

É da máxima importância prevenir o aparecimento de cárie dentária. As atitudes preventivas passam por: promover um ambiente oral favorável e um biofilme saudável, restringindo o consumo de açúcar, mantendo níveis adequados de flúor oral e realizando uma higiene oral adequada (20).

O aumento da prevalência de cáries durante a gestação é muitas vezes associado ao maior consumo de hidratos de carbono e açúcar nesse período, assim como, à negligência da higiene oral (8, 12). A ocorrência de vômitos repetidos, náuseas e a inflamação gengival podem ser causas da desmotivação da grávida para uma correta higienização da sua cavidade oral. O aumento de substrato e a presença de placa bacteriana criam um ambiente favorável ao aparecimento de cárie.

As mudanças na composição salivar no final da gravidez e durante o período de aleitamento podem predispor o aparecimento de cárie dentária, porém não há dados evidentes sobre o aumento da prevalência de cárie durante a gestação (30).

Sendo a cárie dentária uma patologia infecciosa transmissível, é da máxima importância compreendermos o método de aquisição/transmissão dos microorganismos responsáveis (16, 17).

Tem sido demonstrado que o MS da mãe e do filho são fenotipicamente e geneticamente similares, e que o risco de cárie da criança está diretamente associado com o microbioma oral da mãe (12, 20).

As bactérias cariogénicas, como o MS, podem ser transmitidas verticalmente dos pais para a criança através do contato salivar. Existem evidências conclusivas acerca da transmissão de bactérias cariogénicas da mãe para o filho, sendo isto um fator crucial no desenvolvimento da cárie precoce de infância (15). A colonização da cavidade oral pode ocorrer em qualquer altura após o nascimento (12), contudo as bactérias ganham outro potencial e agregam-se na placa bacteriana a partir da erupção do primeiro dente, por volta dos seis meses de idade (32).

Os filhos cujas mães apresentem um elevado nível de MS e elevada prevalência de cáries, têm um maior risco de ter cáries precocemente (17, 20, 33).

A transmissão é influenciada por diversos fatores, nomeadamente a carga bacteriogénica da saliva materna, a frequência da transmissão, a recetividade da própria criança, a dieta alimentar, a composição salivar, a higiene oral e a exposição a fluoretos (32).

As mães devem ser instruídas sobre os comportamentos a evitar para prevenir a transmissão precoce de bactérias cariogénicas, principalmente as que tenham historial de cáries (12). Este tema é abordado com maior destaque na secção das recomendações à grávida.

1.2.2 Doença periodontal

A doença periodontal apresenta-se como uma das doenças crónicas de origem infecciosa e inflamatória mais comum em seres humanos (34), é encontrada em 5 a 70 % da população adulta mundial, dependendo da localização geográfica e da definição da doença utilizada (35). Esta desordem afeta os tecidos de suporte dos dentes, (5) (35) e pode ser dividida em duas condições: gengivite e periodontite (10).

Na gengivite ocorre a inflamação dos tecidos moles circundantes do dente, já na periodontite ocorre uma destruição das estruturas de apoio do dente, ou seja do

ligamento periodontal, osso alveolar, cimento radicular e tecidos moles (34). A doença periodontal resulta da interação entre o biofilme dentário e o sistema imunitário (36).

Clinicamente a gengivite é reconhecida por hemorragia gengival, inflamação e edema e é geralmente uma resposta imunológica à placa bacteriana (36). Contudo, existem alguns fatores sistêmicos que podem modificar essa resposta, como as alterações hormonais que ocorrem na puberdade, o ciclo menstrual e a gravidez e alguns fatores iatrogênicos, como alguns medicamentos, má nutrição, tabaco e stress. Relativamente às lesões gengivais que não são induzidas por placa, estas podem ser causadas por infeções fúngicas, virícas, bacterianas específicas, alterações genéticas, entre outras, como podemos observar na figura que se segue (Fig.1).

<p>I. Gingival Diseases</p> <p>A. Dental plaque-induced gingival diseases*</p> <p>1. Gingivitis associated with dental plaque only</p> <p>a. without other local contributing factors</p> <p>b. with local contributing factors (See VIII A)</p> <p>2. Gingival diseases modified by systemic factors</p> <p>a. associated with the endocrine system</p> <p>1) puberty-associated gingivitis</p> <p>2) menstrual cycle-associated gingivitis</p> <p>3) pregnancy-associated</p> <p>a) gingivitis</p> <p>b) pyogenic granuloma</p> <p>4) diabetes mellitus-associated gingivitis</p> <p>b. associated with blood dyscrasias</p> <p>1) leukemia-associated gingivitis</p> <p>2) other</p> <p>3. Gingival diseases modified by medications</p> <p>a. drug-influenced gingival diseases</p> <p>1) drug-influenced gingival enlargements</p> <p>2) drug-influenced gingivitis</p> <p>a) oral contraceptive-associated gingivitis</p> <p>b) other</p> <p>4. Gingival diseases modified by malnutrition</p> <p>a. ascorbic acid-deficiency gingivitis</p> <p>b. other</p> <p>B. Non-plaque-induced gingival lesions</p> <p>1. Gingival diseases of specific bacterial origin</p> <p>a. <i>Neisseria gonorrhea</i>-associated lesions</p> <p>b. <i>Treponema pallidum</i>-associated lesions</p> <p>c. streptococcal species-associated lesions</p> <p>d. other</p> <p>2. Gingival diseases of viral origin</p> <p>a. herpesvirus infections</p> <p>1) primary herpetic gingivostomatitis</p> <p>2) recurrent oral herpes</p> <p>3) varicella-zoster infections</p> <p>b. other</p>	<p>3. Gingival diseases of fungal origin</p> <p>a. <i>Candida</i>-species infections</p> <p>1) generalized gingival candidosis</p> <p>b. linear gingival erythema</p> <p>c. histoplasmosis</p> <p>d. other</p> <p>4. Gingival lesions of genetic origin</p> <p>a. hereditary gingival fibromatosis</p> <p>b. other</p> <p>5. Gingival manifestations of systemic conditions</p> <p>a. mucocutaneous disorders</p> <p>1) lichen planus</p> <p>2) pemphigoid</p> <p>3) pemphigus vulgaris</p> <p>4) erythema multiforme</p> <p>5) lupus erythematosus</p> <p>6) drug-induced</p> <p>7) other</p> <p>b. allergic reactions</p> <p>1) dental restorative materials</p> <p>a) mercury</p> <p>b) nickel</p> <p>c) acrylic</p> <p>d) other</p> <p>2) reactions attributable to</p> <p>a) toothpastes/dentifrices</p> <p>b) mouthrinses/mouthwashes</p> <p>c) chewing gum additives</p> <p>d) foods and additives</p> <p>3) other</p> <p>6. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, accidental)</p> <p>a. chemical injury</p> <p>b. physical injury</p> <p>c. thermal injury</p> <p>7. Foreign body reactions</p> <p>8. Not otherwise specified (NOS)</p>
---	--

Figura 1- Classificação da doença periodontal retirado de “ Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions, Gary C. Armitage 1999”(37).

Clinicamente a periodontite é reconhecida pelo aumento da profundidade do sulco gengival e formação de uma bolsa periodontal, com perda de *attachment* e osso alveolar

circundante (19), recessões gengivais, mobilidade dentária e lesões de furca. O sulco gengival é clinicamente normal quando a profundidade varia entre 0,5 e 3 mm (36).

Podemos verificar a classificação da periodontite na figura 1 (continuação).

<p>II. Chronic Periodontitis[†]</p> <p>A. Localized</p> <p>B. Generalized</p> <p>III. Aggressive Periodontitis[†]</p> <p>A. Localized</p> <p>B. Generalized</p> <p>IV. Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases</p> <p>A. Associated with hematological disorders</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acquired neutropenia 2. Leukemias 3. Other <p>B. Associated with genetic disorders</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familial and cyclic neutropenia 2. Down syndrome 3. Leukocyte adhesion deficiency syndromes 4. Papillon-Lefèvre syndrome 5. Chediak-Higashi syndrome 6. Histiocytosis syndromes 7. Glycogen storage disease 8. Infantile genetic agranulocytosis 9. Cohen syndrome 10. Ehlers-Danlos syndrome (Types IV and VIII) 11. Hypophosphatasia 12. Other <p>C. Not otherwise specified (NOS)</p> <p>V. Necrotizing Periodontal Diseases</p> <p>A. Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG)</p> <p>B. Necrotizing ulcerative periodontitis (NUP)</p> <p>VI. Abscesses of the Periodontium</p> <p>A. Gingival abscess</p> <p>B. Periodontal abscess</p> <p>C. Pericoronal abscess</p>	<p>VII. Periodontitis Associated With Endodontic Lesions</p> <p>A. Combined periodontic-endodontic lesions</p> <p>VIII. Developmental or Acquired Deformities and Conditions</p> <p>A. Localized tooth-related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival diseases/periodontitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tooth anatomic factors 2. Dental restorations/appliances 3. Root fractures 4. Cervical root resorption and cemental tears <p>B. Mucogingival deformities and conditions around teeth</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gingival/soft tissue recession <ol style="list-style-type: none"> a. facial or lingual surfaces b. interproximal (papillary) 2. Lack of keratinized gingiva 3. Decreased vestibular depth 4. Aberrant frenum/muscle position 5. Gingival excess <ol style="list-style-type: none"> a. pseudopocket b. inconsistent gingival margin c. excessive gingival display d. gingival enlargement (See I.A.3. and I.B.4.) 6. Abnormal color <p>C. Mucogingival deformities and conditions on edentulous ridges</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertical and/or horizontal ridge deficiency 2. Lack of gingiva/keratinized tissue 3. Gingival/soft tissue enlargement 4. Aberrant frenum/muscle position 5. Decreased vestibular depth 6. Abnormal color <p>D. Occlusal trauma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primary occlusal trauma 2. Secondary occlusal trauma
---	---

Figura 1 (continuação) - Classificação da doença periodontal retirado de “Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions, Gary C. Armitage 1999”(37).

A doença periodontal é iniciada pelo crescimento excessivo de algumas espécies bacterianas, maioritariamente de bactérias Gram-negativas anaeróbias. Estas crescem na região subgengival e despertam uma resposta por parte do hospedeiro, provocando uma inflamação persistente e a consequente destruição dos tecidos periodontais de suporte, levando assim a manifestações clínicas da doença periodontal (5, 34).

As alterações hormonais decorrentes da gravidez tornam esta etapa num período de maior suscetibilidade e sensibilidade à doença periodontal (9, 10). Entre 10 a 75% das gestantes apresentam sinais clínicos de doença periodontal dependendo da literatura e dos critérios de diagnóstico (10, 30).

O aumento dos níveis de progesterona e estrogénios parecem ter efeitos no periodonto, pois ocorre um aumento da vascularização e da permeabilidade dos

capilares gengivais, criando-se condições anatómicas regionais favoráveis ao desenvolvimento de alguns agentes patogénicos (36, 38) . As alterações hormonais são acompanhadas pelo aumento do nível de *Bacteroides*, *Prevotella* e *Porphyromonas* (8). As alterações imunológicas, hormonais e vasculares que ocorrem durante a gravidez podem agravar a inflamação gengival em resposta a substâncias irritantes locais, tais como a placa bacteriana (14). Este tipo de gengivite, conhecido como gengivite gravídica, resulta do aumento dos níveis hormonais, que causa uma reação inflamatória gengival exagerada às substâncias irritantes locais (36, 38). Ocorre em 60-70 % de mulheres e pode ser verificado um aumento de gravidade no 2º mês de gravidez e um pico no 8º mês (33, 39). Contudo, tende a diminuir gradualmente após o parto. As características clínicas mais notórias são as papilas interproximais tornarem-se vermelhas, aspeto edematoso e macio à palpação e sangramento ao toque (30) . Tem-se verificado que os dentes do setor anterior são mais afetados dos que os do posterior .Em algumas pacientes a condição pode progredir localmente e originar um granuloma piogénico ou "tumor gravídico" (38). Esta lesão ocorre mais frequentemente em áreas de irritação, trauma ou inflamação recorrente, sendo a localização mais comum a superfície vestibular da papila dos dentes anteriores maxilares (30, 38). Geralmente o granuloma piogénico regride após o parto, contudo existem situações em que tem que ser excisado durante a gravidez.

O aumento da mobilidade generalizada tem sido observado em grávidas (30) e tem sido associado à substituição das bactérias aeróbias por bactérias anaeróbias e ao aumento da inflamação gengival e profundidade de sondagem (8).

A adoção de uma correta higiene oral durante a gravidez é um fator crucial, na prevenção e controlo da doença periodontal. A combinação entre uma higiene oral adequada e realização de tratamento médico dentário pode minimizar o nível de inflamação gengival e deste modo melhorar a saúde periodontal (39).

Desde os estudos de Offenbacher S et al em 1996 (34), vários foram as pesquisas relacionados com a doença periodontal e complicações gestacionais, podendo ser encontrados diferentes resultados controversos na literatura desde então.

Diversos estudos têm revelado uma correlação entre a doença periodontal e complicações gestacionais, nomeadamente, o parto prematuro, o baixo peso à nascença, a pré-eclâmpsia e ocorrência de aborto (10, 34, 40). A má higiene e fraca saúde oral na gravidez têm sido associadas a vários efeitos adversos durante a gestação e infância, nomeadamente, o aumento do risco da criança desenvolver cárie precoce infantil e

contribuir para o parto prematuro, baixo peso à nascença, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. (3, 10, 13) Segundo um estudo de Jeffcoat et al em 2003, a terapia periodontal nas gestantes com periodontite, incluindo raspagem e alisamento radicular podem reduzir o nascimento prematuro (PTB) (34). Os dados mais recentes reforçam o facto da doença periodontal estar relacionada com complicações gestacionais (33, 41), porém o estudo entre estas relações ainda permanece em curso (8).

Atualmente a relação entre as infeções periapicais e problemas gestacionais tem sido investigada, segundo um trabalho de investigação recente as infeções periapicais da mãe podem estar relacionadas com a diminuição do tempo de gestação e com a restrição de crescimento intrauterino (42). Contudo, são necessárias mais pesquisas acerca deste tema.

As bactérias patogénicas que afetam o periodonto podem ser transmitidas dos pais para os filhos. Neste caso, o risco de transmissão aumenta se a infeção estiver presente numa fase precoce (21). É por isso mais uma vez importante reforçar a importância de evitar o contacto salivar entre os cuidadores e a criança.

Infelizmente muitas gestantes não têm conhecimento das repercussões negativas que uma má saúde oral durante a gestação pode ter sobre o seu bebé e poucas procuram tratamento médico dentário (13).

1.2.3 Perimólise

A ocorrência de náuseas e vômitos é muito comum durante a gestação, sendo que 70-85% das grávidas apenas apresenta estes sintomas no 1º trimestre (30). Porém, em algumas mulheres, estes sintomas prolongam-se ao longo de toda a gravidez (14). O ácido proveniente do estômago, aquando do refluxo gástrico e vômitos, é preocupante uma vez que este pode originar erosão das superfícies dentárias (30). Deste modo, os enjoos matinais, refluxos e vômitos têm sido associados ao aparecimento de erosão nas superfícies linguais dos dentes. Esta erosão é causada pela exposição do meio oral ao ácido gástrico que ao diminuir o pH causa um desgaste dentário (8).

A erosão proveniente da exposição dentária a secreções gástricas é chamada de perimólise e localiza-se predominante em áreas que não estão protegidas pela saliva. As áreas mais comumente afetadas são as superfícies vestibulares e oclusais dos dentes posteriores inferiores (43). Esta erosão pode levar a uma maior sensibilidade dentária.

As gestantes devem evitar escovar os dentes imediatamente após o vômito, e devem ser aconselhadas com uma solução de tamponamento como o bicarbonato de sódio ou com flúor de modo a remineralizar a estrutura dentária (8, 12, 14, 33). Existem evidências que o flúor pode ajudar a fortalecer os tecidos dentários, estes apresentam uma maior resistência aos danos causados pela erosão ácida. A aplicação de agentes contendo altas concentrações de flúor podem ser abordagens potencialmente eficazes na prevenção de erosão dentária (44).

1.3 A Gravidez e a Higiene Oral

A manutenção de uma boa higiene oral é essencial e adquire uma importância especial na gestação, devido à alta susceptibilidade das grávidas às doenças orais (32).

É importante estabelecer um meio oral saudável durante a gestação e para isso é imprescindível o controlo regular da placa bacteriana através de técnicas de escovagem adequadas. A gestante deve ser aconselhada e instruída acerca de hábitos de higiene oral, dieta alimentar e hábitos que promovam saúde. Atualmente estão disponíveis inúmeras diretrizes com orientações e recomendações práticas sobre o período da gestação dirigidas aos médicos dentistas (8, 30, 33, 38).

1.3.1 Recomendações à gestante

A AAPD recomenda que todas as gestantes consultem o seu médico dentista durante o 1º trimestre da gravidez (8). É recomendado que todas as mulheres recebam uma avaliação completa de saúde oral durante a gravidez e que sejam realizados os tratamentos necessários (13). Idealmente deve ser realizada uma destartarização no primeiro trimestre e pode ser necessário repetir o procedimento no terceiro trimestre se a higiene oral for inadequada ou a condição periodontal o justificar. Poderá também ser necessário adotar medidas de higiene complementares e um seguimento mais regular na área da periodontologia se a gestante apresentar uma maior progressão da doença periodontal (8).

A gestante deve realizar duas escovagens diárias com uma pasta dentífrica fluoretada (1000-1500 ppm flúor), utilizar de fio dentário e realizar profilaxia em consultório (8, 33).

É aconselhado que as grávidas com altos níveis de MS realizem uma aplicação de verniz de clorhexidina ou tópica de flúor em consultório. Pode ser recomendado o consumo de pastilhas com xilitol (8, 12, 33).

Após um refluxo gástrico ou vômito a gestante deve ser instruída a bochechar com uma solução de tamponamento contendo bicarbonato de sódio (14). Não é aconselhado escovar a cavidade oral imediatamente após o episódio, devendo-se esperar uma hora para realizar a escovagem. No caso da gestante sofrer de erosão deve ser aplicado flúor em consultório ou prescrito um colutório com flúor de modo a minimizar a perda de tecido dentário, controlar a sensibilidade e minimizar a erosão dentária (8).

A educação a nível nutricional e a adoção de uma correta dieta alimentar são fatores importantes para a manutenção de um estilo de vida saudável (11, 45).

As grávidas devem ser informadas acerca da relação cárie-açúcar. Deve ser explicado à gestante o alto poder cariogénico do açúcar e as consequências nefastas do consumo desta substância para a sua saúde oral (8). Devem ser aconselhadas a beber água e evitar refrigerantes, a limitar o consumo de alimentos que contenham açúcar apenas para as refeições principais e a consumirem fruta em vez de sumos de fruta (12).

As gestantes representam um grupo suscetível a deficiências alimentares e minerais (46). A gestação é um período crítico na perspetiva nutricional, tanto para a mãe como para o bebé, pois a dieta alimentar da gestante pode afetar a saúde da criança (8, 45). É necessário a implementação de uma dieta saudável e equilibrada, contendo a quantidade necessária e adequada de nutrientes para a mãe e para o bebé. Embora as necessidades nutricionais aumentem durante a gravidez, atualmente não é recomendado o conceito de se “alimentar por dois” (8). A quantidade de calorias necessárias a serem ingeridas durante a gestação varia entre as 2500 a 2700 Kcal por dia, dependendo contudo, de vários fatores como por exemplo, da massa corporal da mulher no período pré-concepcional, da idade e das suas necessidades fisiológicas individuais. Os nutrientes com particular importância são: o ácido fólico, a vitamina B-6, a vitamina B-12, o cálcio e o zinco. (8) A DGS recomenda a suplementação com ácido fólico, pois este desempenha um papel fundamental na redução do risco de desenvolvimento de malformações do tubo neural do bebé (11, 47).

A nutrição da gestante pode influenciar o desenvolvimento, formação, e mineralização da dentição decídua, uma vez que se iniciam no período fetal (48). Os dentes anteriores superiores primários começam a calcificar durante o segundo trimestre (13^a-17^a semana), prolongando-se até aos 3 meses de vida da criança. Deste modo, é

importante investigar possíveis fatores que prejudiquem a formação do esmalte e aumentem o risco de cárie dentária (49).

Segundo a DGS: “O Cálcio é importante para os ossos e dentes saudáveis quer da mãe quer do bebé. A dose diária recomendada de cálcio é de 1000 mg/dia na grávida” e “A vitamina D é fundamental para a fixação do Cálcio e é fulcral para o equilíbrio entre os ossos e a formação do esqueleto e dentes do bebé” (11).

A vitamina D desempenha um papel essencial na mineralização dos dentes e ossos pois mantém as concentrações dos iões de cálcio e fósforo apropriadas no sangue, assegurando a mineralização normal dos ossos e dentes (49, 50). Pensa-se que uma baixa concentração de vitamina D no útero possa estar associada à hipoplasia do esmalte e que uma maior ingestão de vitamina D materna possa estar associada a um menor risco de cáries dentárias em crianças (48, 49). Uma vez que a duração da calcificação da dentição decídua é relativamente curta e começa durante o segundo trimestre de gestação a nutrição durante a gestação tem uma enorme influência na formação dos tecidos dentários. Um estudo mostrou que o nível de 25 hidroxivitamina D (25 OH VD) no pré-natal pode ter uma influência na dentição primária e no desenvolvimento de cárie precoce de infância, sendo que níveis mais baixos foram associados a um risco aumentado de cárie dentária em crianças (49). Estes dados encorajam um bom nível de vitamina D durante a gestação. Os dados acerca desta temática ainda são relativamente escassos.

1.3.2 Flúor

O flúor é um oligo-elemento que interfere no metabolismo ósseo e na mineralização dos dentes, sendo que na natureza existe sob a forma de ião fluoreto (27).

A relação entre a cárie dentária e os efeitos benéficos do flúor são reconhecidos pela comunidade científica (51). Tem sido demonstrado que é eficaz na prevenção da cárie e a sua utilização nos produtos dentários é um dos métodos mais eficazes (52).

A administração de flúor pode ser efetuada de forma sistémica ou tópica. Relativamente à aplicação tópica, pode ser realizada através da utilização de pastas dentífricas e soluções para bochechos, sem necessidade de supervisão médica e através de géis e vernizes em consultório (53, 54). Relativamente à administração sistémica, os métodos mais comuns residem na fluoretação da água de consumo e na utilização de

suplementos de flúor sob a forma de gotas ou comprimidos de fluoreto de sódio (51, 52).

Em Portugal Continental as redes de abastecimento não são sujeitas a fluoretação artificial e os valores de flúor natural são normalmente baixos (55).

O flúor tem um papel no processo de remineralização e inibição da desmineralização do esmalte dentário, sendo que a aplicação de baixos níveis de flúor de forma tópica conseguem inibir a desmineralização do esmalte e ajudar na remineralização do mesmo (56). O mecanismo de ação do flúor na cavidade oral consiste deste modo na inibição da desmineralização, aumento da remineralização e inibição da atividade bacteriana (51).

A “European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD)” recomenda que todas as pessoas incluindo as gestantes utilizem pastas dentífricas fluoretadas e que realizem duas escovagens diárias (52).

Segundo P Rompante “O flúor sistémico incorporado na matriz dos tecidos dentários durante a sua maturação, não é garantia, nem é sinónimo de prevenção de cárie dentária” e “Os mecanismos de ação do flúor aceites atualmente pela comunidade científica são primariamente tópicos...”(51).

O flúor é considerado segundo a FDA como categoria C. A realização de aplicação de flúor pode ser necessária em gestantes com perimólise, de modo a cobrir a dentina exposta e a diminuir a sensibilidade dentária. A aplicação de gel de flúor pode causar náuseas e por isso, a aplicação de um verniz flúor pode ser melhor tolerado (38).

Foram realizados poucos estudos clínicos sobre a administração de flúor durante a gravidez, portanto, com base na literatura publicada até agora, não há nenhuma evidência científica clara sobre a eficácia real da suplementação sistémica de flúor durante a gravidez para prevenir a cárie em criança (57). A AAPD não recomenda o uso de suplementos de flúor sistémico no período pré-natal, uma vez que os benefícios para o feto não são cientificamente suportados (8). Nos Estados Unidos, devido à falta de evidências, não é recomendada a suplementação com flúor na gestação desde 1960 (33).

1.4 A Gravidez e o Tratamento Dentário

O tratamento dentário em mulheres grávidas requer algumas considerações especiais, contudo a gestação não é uma contraindicação para a sua realização (33). A realização de tratamentos preventivos, restauradores e a nível periodontal não têm sido

associados a complicações gestacionais. O atendimento médico dentário é seguro e eficaz em todos os trimestres da gravidez (14). Deste modo os procedimentos dentários necessários podem ser realizados em qualquer altura da gestação, incluindo o 1º trimestre. Contudo, o período ideal é o início do 2º trimestre, entre as 14 e 20 semanas de gestação (12).

Segundo alguns autores a falta de motivação da grávida em relação ao tratamento odontológico preventivo poderá dever-se à falta de informação e baixa intervenção educacional por parte dos médicos dentistas (58). Os equívocos transmitidos e perpetuados por profissionais no período pré-natal sobre os cuidados de saúde oral durante a gravidez podem contribuir para este problema. Os médicos generalistas, enfermeiros, obstetras e ginecologistas não estão suficientemente informados sobre o impacto da má saúde oral materna e raramente iniciam este tema no período pré-natal. Muitos acreditam que realizar procedimentos odontológicos durante a gravidez não é seguro (13). Esta tendência tem vindo a sofrer alterações pois os obstetras parecem começar a ter consciência da importância da saúde oral contudo, apenas uma minoria incorpora a promoção e a vigilância oral nas suas consultas de rotina (59).

Embora tenham consciência da importância da saúde oral durante a gravidez, muitos médicos dentistas sentem alguma incerteza quanto à segurança dos procedimentos odontológicos e mostram-se hesitantes no tratamento de mulheres grávidas (13, 60).

Têm sido apontados vários fatores que dissuadem as mulheres de procurar atendimento odontológico durante a gravidez, nomeadamente, um acesso dificultado aos cuidados de saúde oral, falta de sensibilização, existência de mitos persistentes sobre os efeitos da gravidez sobre a saúde oral e as preocupações relativamente à segurança do tratamento dentário (13). Os cuidados de saúde oral devem ser coordenados entre os prestadores de cuidados de saúde pré-natal e os médicos dentistas (12).

Aquando da realização da consulta na gestação é importante que o médico dentista obtenha uma boa anamnese incluindo o historial médico e que avalie corretamente a situação clínica. A gestante deve ser questionada relativamente aos sintomas, doenças prévias, hábitos de higiene oral, hábitos tabágicos/alcoólicos e exposições radiográficas anteriores. É importante questionar a grávida em relação aos seus hábitos alimentares, focando-se o consumo de hidratos de carbono, bebidas/

comidas ácidas e açucaradas e “petiscos” entre as refeições. Durante a exame intra-oral deve-se prestar particular atenção à saúde periodontal (8).

De modo a determinar os riscos associados à utilização de fármacos durante a gestação, a FDA (Food and Drugs Administration) classificou-os de acordo com o nível de risco para o feto (33, 38). Os fármacos com categoria A ou B podem ser utilizados com segurança, os da categoria C podem ser utilizados se o benefício for superior ao risco e os da categoria D só devem ser utilizados em situações especiais (12, 33).

Relativamente aos anestésicos locais injetáveis a bupivacaína e a lidocaína foram considerados como categoria B, já a articaína como categoria C (38). As gestantes não devem ser privadas de tratamento médico dentário e a anestesia pode ser utilizada (3). Segundo a FDA a lidocaína a 2% é considerada como categoria B e a realização de anestesia local com lidocaína com epinefrina é considerada segura durante a gestação (12). A lidocaína e outros anestésicos locais utilizados conseguem atravessar a placenta humana e minutos depois da sua administração atingem o feto, este tem a capacidade de os metabolizar (3).

O uso de tetraciclina é contraindicado durante a gestação, são classificadas como categoria C (33). Pois, originam uma deposição nos tecidos dentários e ósseos do feto durante a calcificação, que causam alterações na coloração (33, 61). De acordo com o Infarmed, a minociclina não deve ser administrada durante a gravidez. A utilização de fármacos da família das tetraciclina durante o desenvolvimento dentário pode provocar uma coloração permanente dos dentes.

1.4.1 Raio-x

Quando necessários os exames radiográficos podem ser realizados durante a gestação (12, 33). A realização de radiografias orais em grávidas é seguro e não está contraindicada (14, 38). Contudo, deve-se apenas recorrer a este meio complementar de diagnóstico se estritamente necessário e com recurso a medidas de proteção, como a utilização de coletes de chumbo (33, 62).

A decisão de realizar uma radiografia durante a gravidez deve ser baseada na história e observação clínica e exames radiográficos anteriores (63). Apenas devem ser efetuadas quando há expectativa que este meio de diagnóstico irá influenciar o tratamento a efetuar. Se o tratamento dentário poder ser adiado para depois do parto a realização da radiografia também deve ser realizada só nessa altura (8).

Relativamente à exposição da gestante aos raios-x, o US National Council refere que o risco de anomalias congénitas após exposição materna até 50 millisieverts ou menos é negligenciável (3). As radiografias dentárias envolvem o menor risco de radiação para o feto de entre todos os procedimentos de diagnóstico radiográfico (64), pois apresentam uma baixa dose de radiação. A dose varia consoante o tipo e quantidade de exames radiográficos dentários realizados. Numa radiografia periapical a dose de radiação é de 0.005mSv, numa tomografia computadorizada é de 0.2mSv e num status radiográfico completo é de 0,15 mSv (3, 8, 12). O risco carcinogénico ou teratogénico para o feto é muito pequeno. No entanto, existem evidências na literatura que referem uma relação entre a exposição da tiroide à radiação durante a gravidez e baixo peso à nascença (8).

Aquando da realização do exame radiográfico dentário numa paciente grávida deve-se tentar minimizar a exposição do feto à radiação. Todos os exames radiográficos dentários devem ser conduzidos de acordo com as práticas de segurança de radiação (33, 63). Devem otimizar-se as técnicas radiográficas, proteger a região pélvica e da glândula tiroide e usar um sistema de imagiologia rápido de modo a diminuir o tempo de exposição (8, 33). A AAPD recomenda que não devem ser usados recetores de imagem com velocidades mais lentas do que o grupo American National Standards Institute (8).

Apesar das considerações reconfortantes os médicos dentistas ainda estão relutantes em realizar tratamentos em grávidas e as pacientes ainda sentem relutância aos tratamentos médico-dentários durante a gestação (3).

1.4.2 Procedimentos Preventivos

Segundo a Direção Geral de Saúde “Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro da gestação podem ser detetados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal” (47). O melhor período para serem realizados tratamentos que promovam a saúde é no pré-natal (65).

O primeiro programa preventivo para a promoção de saúde oral no período pré-natal foi em 1978 na Suécia. Intitulado de “primary-primary-care”, este programa

obteve bastante sucesso e resultados muito positivos. Pois, entre 1978 e 1991 a incidência e prevalência de cárie naquela zona diminuiu de 90 % para 75 % (21).

A instituição de planos de promoção e prevenção de saúde oral é da máxima importância. A gestação é o período ideal para serem dados os ensinamentos, recomendações e realizadas as devidas desmitificações (10, 21, 58), pois os pais estão muito receptivos e levam os advertimentos e conselhos muito seriamente (65).

A promoção da saúde oral inclui educação e tratamentos que visem estabelecer saúde durante a gravidez (10). O estabelecimento de um ambiente oral saudável é um dos objetivos primordiais no atendimento médico-dentário na grávida. Outro objetivo primário reside no aconselhamento e educação dos pais acerca da própria saúde oral, de modo a criar comportamentos que promovam a saúde do filho (33). Vários estudos têm documentado que os cuidados de saúde oral da gestante e a adoção de estratégias preventivas precoces podem melhorar a futura saúde oral e sistêmica da criança. A consciencialização dos pais sobre a importância da saúde oral pode reduzir os riscos de cárie, periodontite e doenças sistêmicas dos mesmos e os da criança (21). A mãe apresenta um papel fundamental no estabelecimento e supervisão dos hábitos e rotinas alimentares e de higienização oral do filho (65).

O conceito de “early oral health care-concept” inclui a prevenção da saúde oral da mãe e filho, desde o período pré-natal até aos 3 anos de idade da criança (21). A sua eficácia foi provada a longo termo e concluiu-se que uma intervenção precoce e a instituição de programas de prevenção durante a gravidez são eficientes na prevenção de patologias orais, especialmente da cárie.

A promoção e prevenção da saúde oral durante o período da gestação, incluindo a instrução da gestante sobre medidas de higiene oral para elas e para o futuro filho, assim como a realização de tratamentos dentários que visam a manutenção de uma boa saúde oral, melhoraram a condição oral das grávidas e ajudam na prevenção da cárie precoce de infância (22, 65). Parece haver um efeito positivo na dentição decídua e definitiva da criança (21).

As principais estratégias preventivas a adotar na grávida são: o Rastreio Oral, realizando uma observação intraoral de modo a despistar cárie, periodontite ou doenças das mucosas; a Educação, instruindo a gestante sobre a etiologia da cárie e periodontite, os mecanismos de transmissão / infecção, hábitos alimentares e correta higienização oral; o Tratamento Dentário, de modo a controlar a infecção e diminuir a quantidade de microorganismos na cavidade oral (10).

É recomendada a diminuição dos níveis de MS na cavidade oral dos pais de modo a reduzir e evitar a transmissão de bactérias cariogénicas para a criança. O objetivo é a prevenção e diminuição da prevalência de cárie precoce de infância (12, 17, 33). Uma das alternativas para a diminuição do número de agentes patogénicos responsáveis pela cárie em pessoas infetadas é a prevenção e o retardamento da infeção, evitando a transmissão aos bebés e crianças (21). É por isso importante que a mãe seja instruída no sentido da transmissão vertical da cárie, não devendo dar beijos na boca, colocar objetos na boca e de seguida colocar na boca da criança e evitar todos os comportamentos que levem ao compartilhamento de saliva (17).

É importante que as mulheres sejam informadas e incentivadas a consultar o seu médico dentista no período pré-concepcional (8, 33).

Em Portugal, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral proporciona o acesso a cuidados de saúde oral a diversos grupos-alvo, através da atribuição de cheques dentistas. Atualmente os utentes beneficiários deste programa são as crianças entre os 3 e 16 anos de idade, as grávidas que sejam seguidas no Serviço Nacional de Saúde, os beneficiários do complemento solidário para idosos, os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA e utentes com lesão suspeita de cancro oral (66, 67). Desde 1 de Março de 2016 foi englobado no projeto todos os jovens de 18 anos que tivessem sido beneficiários e tivessem concluído o plano de tratamentos aos 16 anos.

Desde 27 de Maio de 2008 as gestantes em vigilância pré-natal no SNS têm beneficiado de cheques-dentistas. Atualmente as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde podem usufruir até três cheques-dentista por gravidez, até 60 dias após o parto (68).

II. Objetivos

2.1 Objetivo geral

As grávidas são uma população particularmente sensível à aquisição de informação relativamente a hábitos de higiene oral, quer acerca da sua própria condição, quer a cuidados de higiene oral para os primeiros tempos de vida dos seus filhos. Tendo isto em consideração, temos como objetivo geral deste estudo perceber se as gestantes estão cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que vai nascer.

2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos identificámos as seguintes questões:

1. Verificar se a promoção da saúde oral e aconselhamento à grávida no período pré-natal está a ser realizada e por quem;
2. Verificar se as gestantes realizaram uma consulta com o seu médico dentista antes de engravidar e caso não o tenham feito identificar as razões;
3. Avaliar a perceção das grávidas sobre a sua condição oral;
4. Perceber se as gestantes consideram que a gravidez prejudica a sua condição oral e a que nível;
5. Avaliar a perceção das gestantes sobre assuntos relacionados com saúde oral e tratamento médico dentário durante a gestação;
6. Perceber se as gestantes alteram os seus hábitos de higiene oral durante a gestação e quais as novas medidas adotadas;
7. Avaliar se as gestantes estão conscientes da possível transmissão vertical da cárie;
8. Avaliar clinicamente a condição periodontal (ICP) e a prevalência de cárie (CPOD) em gestantes dos três trimestres de gestação;
9. Compreender qual a relação entre as variáveis habitação, grau de escolaridade e respetiva condição oral (índices CPOD, ICP);

10. Compreender qual a relação entre os hábitos de higiene oral, idade, área profissional, caracterização da gestação e percepção sobre saúde oral da gestante e respetiva condição oral (índices CPOD, ICP);
11. Compreender se as medidas do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral estão em funcionamento e se as grávidas seguidas no SNS têm acesso aos cheques-dentista e os utilizam;
12. Sensibilizar as gestantes sobre a importância de uma boa saúde oral e os cuidados a ter para evitar a transmissão vertical de cárie para os seus filhos;
13. Incentivar as gestantes a visitarem o seu médico dentista;
14. Instruir as grávidas acerca da correta higienização oral;
15. Transmitir as recomendações especiais a adotar no período gestacional.

III. Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Realizou – se um estudo epidemiológico observacional transversal que avaliou o Índice Comunitário Periodontal (ICP) e o Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) de uma amostra de pacientes grávidas, assim como os comportamentos de saúde oral praticados por elas e ainda o seu nível de conhecimento sobre esta temática. Este trabalho foi um estudo piloto.

3.2 Amostra

Neste estudo recorreremos a uma amostra de conveniência, ou seja, obtivemos dados do maior número possível de pacientes grávidas, que frequentassem a consulta de saúde materna na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, Viseu, e num consultório privado, Clínica de Saúde do Interior (CSI), em Cabeceiras de Basto. Obtivemos uma amostra de 30 gestantes, inseridas nos 3 trimestres da gestação.

3.3 Procedimentos éticos e legais

Foi garantido o anonimato de toda a informação recolhida no questionário e na ficha clínica e todos os dados compilados apresentaram uma finalidade exclusivamente científica. Cada gestante assinou um termo de consentimento informado (anexo I). Toda a recolha de informação foi efetuada por uma só operadora, eliminando assim todas as diferenças protocolares e preservando a concordância dos resultados.

3.4 Recolha de Dados

Foi critério de inclusão ter o consentimento informado assinado e a gestante estar a realizar acompanhamento no Sistema Nacional de Saúde. Foi efetuado um questionário e foram determinados os índices CPOD e ICP, respetivamente.

3.5 Protocolo e material utilizado

Em cada gestante da amostra foi realizado:

- Uma breve explicação sobre o estudo e o preenchimento do consentimento informado (anexo I);
- Preenchimento do questionário por entrevista, pela autora desta monografia (anexo II);
- Promoção da saúde oral / entrega de um panfleto informativo (anexo III);
- Exame clínico intra-oral para a recolha de dados correspondentes ao índice CPOD, índice ICP e preenchimento da folha de registo (anexo IV);
- Entrega de um pequeno relatório à gestante sobre os resultados da observação clínica e tratamentos necessários (anexo V).

Os materiais utilizados para a avaliação intra-oral foram (69):

- Luvas e máscara de proteção individual;
- Babete e porta-babete;
- Kit de observação básico por cada grávida numa bandeja descartável:
 - a) Espelho oral plano;
 - b) Sonda periodontal milimetrada (apresenta na sua extremidade ativa uma esfera de 0,5 mm de diâmetro, uma faixa preta entre 3,5 mm e 5,5 mm, bem como anéis com a referência a 8,5 mm e 11, 5 mm em relação à extremidade ativa);
 - c) Copo de plástico com clorohexidina;
 - d) Compressas;
- Fonte de luz artificial (candeeiro com braço articulado).

Questionário

O questionário foi realizado pela autora desta monografia, sendo constituído por 48 questões (6 de resposta aberta e 42 de resposta fechada).

Foi dividido em 5 partes distintas:

1ª parte: Esta secção inclui dados pessoais e a caracterização sociodemográfica das gestantes. Abrange perguntas sobre a idade, grau de escolaridade, profissão, meio em que habita e rendimento mensal líquido.

2ª parte: Esta secção inclui hábitos da paciente, nomeadamente alcoólicos e tabágicos e de higiene oral. Abrange perguntas sobre a quantidade de escovagens diárias antes e durante a gravidez, se utiliza fio dentário ou escovilhão, se realiza bochechos com elixir ou colutório, se adotou novas medidas de higiene oral durante a gestação e se lhe foi recomendada uma fonte de flúor sistémica.

3ª parte: Esta secção inclui a caracterização da gravidez. Abrange perguntas sobre o trimestre em que a grávida se encontra, se é seguida no sector privado, se é uma gravidez normal ou de risco, se é a 1ª gravidez, quantos filhos tem e se a gravidez anterior foi de termo.

4ª parte: Esta secção inclui a autoperceção das gestantes sobre assuntos relacionados com a saúde oral, ida ao médico dentista durante a gestação e sobre a sua própria condição oral antes e durante a gravidez.

5ª parte: Esta secção inclui questões sobre a prevenção e promoção de saúde oral, incluindo perguntas sobre a utilização do cheque dentista pelas grávidas, se realizaram consulta com o seu médico dentista no período pré-concepcional e se consideram isso importante. Abrange questões sobre se lhes foi fornecido informação sobre saúde oral durante a gestação e se consideram que estão suficientemente informadas.

O questionário foi preenchido por entrevista, pela autora desta monografia.

A Ficha Clínica foi preenchida com base numa observação intraoral realizada pela autora desta monografia, foi preenchido o ICP com o intuito de avaliar a presença de doença periodontal e preenchido o CPOD com o intuito de avaliar a presença de cárie.

Exame Periodontal - Índice ICP (Índice Comunitário Periodontal)

As alterações hormonais decorrentes da gestação associadas ao défice de cuidados de higiene oral aumentam a suscetibilidade da grávida à doença periodontal.

Utilizamos o ICP com o objetivo de descrever e estudar a prevalência e a severidade da doença periodontal presente na amostra em estudo.

Este índice é indicado pela OMS e é o mais utilizado para este tipo de levantamentos epidemiológicos (69-72). Este índice é apresentado sob a forma de taxa de prevalência e média de sextantes afetados. A taxa de prevalência da doença periodontal corresponde à percentagem de grávidas com índice mais elevado na condição observada, isto é, com gengiva saudável, com hemorragia à sondagem, cálculo, bolsa periodontal entre 4-5 mm e bolsas iguais ou superiores a 6 mm. A média de sextantes afetados corresponde ao número de dentes observados com a condição em causa ou mais alta, por gestante (69).

Para a realização deste índice, foram utilizadas sondas periodontais milimetradas, preconizadas pela OMS seguindo as suas normas de diagnóstico (70).

Foram avaliados três indicadores de doença periodontal: hemorragia gengival à sondagem, presença de cálculos e presença de bolsas periodontais.

Para a avaliação do ICP, a boca foi dividida em sextantes, e foram examinados 6 dentes: um em cada sextante – 16, 11, 26, 36, 31 e 46.

Os sextantes foram denominados em:

1º sextante – correspondente aos dentes 18 ao 14.

2º sextante – correspondente aos dentes 13 ao 23.

3º sextante – correspondente aos dentes 24 ao 28.

4º sextante – correspondente aos dentes 38 ao 34.

5º sextante – correspondente aos dentes 33 ao 43.

6º sextante – correspondente aos dentes 44 ao 48.

O sextante apenas foi examinado se houvesse dois ou mais dentes presentes. Na ausência de um dos dentes de referência todos os outros dentes do sextante foram observados, e foi registada a categoria mais elevada verificada no diagnóstico do ICP (69).

A ponta da sonda foi inserida suavemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal e foi explorada a extensão total do sulco ou da bolsa. Todas as superfícies dos dentes foram sondadas (distais, vestibulares, mesiais e linguais/palatinas) para avaliar a presença de hemorragia gengival e verificar a presença de cálculos ou bolsas

periodontais. A força utilizada na sondagem foi inferior a 20 gramas e a ponta esférica da sonda seguiu sempre a configuração anatômica da superfície radicular do dente (69).

Os códigos utilizados para o registo foram:

Código 0 - Saudável: na ausência de sinais patológicos e de hemorragia após sondagem;

Código 1 - Hemorragia à sondagem: na ausência de cálculos e bolsas periodontais, mas com presença de hemorragia após a sondagem;

Código 2 - Cálculos supra ou infra-gengivais: quando era visível a presença de cálculos supra gengivais e/ou se sentia a presença de cálculos subgengivais ou outros fatores de retenção de placa bacteriana. Quando a sondagem era inferior a 4 mm;

Código 3 - Bolsas entre 4 a 5 mm: quando a bolsa periodontal apresentava entre 4 a 5mm de profundidade;

Código 4 - Bolsas iguais ou superior a 6mm: quando a profundidade da bolsa periodontal era igual ou maior do que 6mm;

Código X - Sextante excluído: em caso de o sextante ter apenas um dente ou ser edêntulo, não sendo realizada a sua avaliação;

Código 9 - Não registado: quando o sextante não foi registado por algum motivo que impossibilitasse o seu registo.

Exame Dentário – Índice CPOD (Índice dentes cariados, perdidos, obturados)

Durante a gestação pode haver agravamento das condições da má saúde oral, mas, por si só, a gravidez não aumenta a incidência de cárie dentária. Contudo, a maior ingestão de açúcar e a maior frequência de “snacks” entre as refeições durante a gestação, em conjunto com uma inadequada higiene oral podem agravar a condição pré-existente.

O índice de CPOD é vulgarmente utilizado em estudos epidemiológicos (16, 69, 70), é utilizado para a determinação do índice de cárie, baseando-se em dentes cariados, perdidos e obturados. É apenas quantitativo, uma vez que não classifica a extensão da lesão de cárie existente.

O preenchimento do CPOD foi realizado com base numa inspeção visual e tátil, com o máximo rigor. Foi utilizada uma fonte luminosa, secada a superfície dentária com uma compressa e realizado o exame tátil com uma sonda (igual à utilizada para o preenchimento do ICP) para a avaliação da rugosidade das lesões de cárie. A sonda foi passada levemente sobre a superfície de esmalte ou dentina, para avaliar a sua textura. As superfícies dentárias foram todas observadas, seguindo sempre a mesma sequência: 1.º quadrante (18-11); 2.º quadrante (21-28); 3.º quadrante (38-31); 4.º quadrante (41-48). Cada dente foi avaliado como estando: são, com selante, cariado, obturado com cárie ou sem cárie, perdido devido a lesões de cárie, perdido por outra causa que não a cárie. Ou ainda como apresentando uma coroa ou faceta, não estando erupcionado ou apresentando traumatismo (69).

Os códigos utilizados para o registo foram:

Código 0 - Dente hígido: quando o dente não apresentava sinais de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. Quando o dente apresentava manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes, escuras e brilhantes mas que não apresentavam sinais de amolecimento à sondagem; Sulcos ou Fissuras pigmentadas no esmalte que não apresentavam sinais visíveis de amolecimento; Dentes com lesões de abrasão e abfracção; Dentes com cáries iniciais /desmineralizações do esmalte.

Código 1 - Cariado: quando existia numa superfície, da coroa ou raiz, um sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidente ou tecido amolecido na base.

Código 2 - Restaurado com cárie: quando o dente estava restaurado e apresentava uma cárie ou quando apresentava várias restaurações permanentes, com uma ou mais áreas de cárie. Quando o dente estava com restauração provisória;

Código 3 - Restaurado sem cárie: quando o dente se encontrava restaurado definitivamente e estava livre de cárie, quando apresentava uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie;

Código 4 - Dente ausente por cárie: quando foi registado como perdido/ extraído devido a cárie;

Código 5 - Dente ausente por outra razão: quando o dente estava ausente por outra razão, como agenesia, extração por razões ortodônticas, doença periodontal ou trauma;

Código 6 - Selante: quando o dente apresentava um selante de fissura na face oclusal;

Código 7 - Prótese ou Implante: quando um dente fazia parte de uma prótese fixa, apresentava uma coroa por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas;

Código 8 - Dente não erupcionado: quando o dente ainda não tinha erupcionado, atendendo à cronologia da erupção dentária.

Código T - Traumatismo: quando parte da superfície coronária tinha sido perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

Código 9 - Não registado: utilizamos este código, quando não era possível examinar o estado do dente por qualquer motivo.

3.6 Análise estatística

Para o processamento e análise dos dados recolhidos recorremos ao programa Statistical Package for the Social Sciences ®(SPSS), versão 21.0.

Todas as variáveis em estudo foram analisadas individualmente. Para as variáveis de medida ordinal e nominal, fez-se uma análise univariada, determinando-se a frequência absoluta e as percentagens. Para verificar se existiam relações significativas entre duas variáveis qualitativas, foram aplicados o teste Qui-Quadrado ou o teste exato de Fisher. Para as variáveis de medida quantitativa, calculámos os valores das médias e dos desvios-padrão. Para avaliar se as variáveis quantitativas (dependentes) seguiam uma distribuição normal, aplicámos o teste de Shapiro-Wilk. Verificada a distribuição da amostra, utilizámos testes paramétricos para comparar médias e verificar se existiam diferenças significativas: teste T para comparar duas médias e a análise da variância ANOVA para comparar 3 ou mais médias. Quando os pressupostos dos testes paramétricos não se verificaram, utilizaram-se as alternativas não paramétricas: o teste Mann-Whitney em alternativa ao teste T e o teste Kruskal-Wallis em alternativa à ANOVA.

Em todos os testes, utilizou-se um nível de significância de 5 %.

Em algumas variáveis qualitativas, houve necessidade de as recodificar, agrupando algumas classes de modo a que fosse possível a aplicação dos testes qui-quadrado ou exato de Fisher. A título de exemplo, a classificação dos sextantes do índice ICP foi recodificada em "com bolsas periodontais" e "sem bolsas periodontais",

sendo que na primeira se incluem os casos de bolsas periodontais entre 4-5 mm e bolsas superiores a 6 mm e no segundo incluem-se os casos de gengiva saudável, hemorragia à sondagem e cálculos.

Como parâmetros de caracterização demográfica e sócio – económica da amostra considerámos a idade, o grau de escolaridade, a área profissional, a área de residência e o rendimento mensal líquido.

Na caracterização relativamente aos hábitos considerámos a presença de hábitos alcoólicos ou tabágicos, hábitos de higiene oral antes e durante a gravidez, utilização de fio dentário ou escovilhão, uso de colutórios ou elixir, adoção de novas medidas de higiene oral durante a gestação e utilização de suplementos de flúor sistémico.

Na caracterização relativamente à gravidez considerámos o trimestre em que a grávida se encontrava, se era uma gravidez de baixo ou de alto risco e se era a primeira gravidez.

Na caracterização dos procedimentos relativos ao tratamento médico dentário e promoção e prevenção a nível oral considerámos o uso do cheque-dentista.

IV. Resultados

4.1 Resultados do questionário

4.1.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 30 gestantes, com idades entre os 19 e os 41 anos (Tabela 1). A média de idades foi de 30,73 com $\pm 5,010$.

Tabela 1: Distribuição da idade das gestantes

Idade	Frequência	Porcentagem
19	1	3,3
20	1	3,3
25	1	3,3
26	2	6,7
27	1	3,3
28	3	10,0
29	3	10,0
30	1	3,3
31	4	13,3
32	3	10,0
33	4	13,3
35	2	6,7
37	2	6,7
41	2	6,7
Total	30	100,0

Como é possível visualizar na Tabela 2, apenas uma gestante tinha habilitações literárias inferiores ou igual ao 4º ano, 20,0% tinham entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, 40,0% entre o 10º e o 12º ano de escolaridade e 36,7% tinham concluído o ensino superior.

Tabela 2: Habilitações literárias das gestantes

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Até 4º ano	1	3,3
5º- 9º ano	6	20,0
10º-12º ano	12	40,0
Ensino superior	11	36,7
Total	30	100,0

Como é possível visualizar na Tabela 3, apenas 16,7% das gestantes estão inseridas profissionalmente na área da saúde, sendo que a grande maioria (83,3%) estão profissionalmente inseridas noutra área.

Tabela 3: Profissão das gestantes

Profissão	Frequência	Percentagem
Área da saúde	5	16,7
Outra área	25	83,3
Total	30	100,0

Como é possível visualizar na Tabela 4 a maioria das gestantes (63,3%) habita no meio rural e 36,7% no meio urbano.

Tabela 4: Classificação do local de residência

Local de residência	Frequência	Percentagem
Rural	19	63,3
Urbano	11	36,7
Total	30	100,0

Como é possível visualizar na Tabela 5, 46,7% das gestantes encontram-se ativas, 36,7% encontram-se de baixa médica e 16,7% estão desempregadas.

Tabela 5: Situação laboral

Situação laboral	Frequência	Percentagem
Ativa	14	46,7
Desempregada	5	16,7
Baixa médica	11	36,7
Total	30	100,0

Como é possível visualizar na Tabela 6, o valor do rendimento mensal líquido da maioria das gestantes (70,0%) encontra-se entre os 486-970 euros, 13,3% das inquiridas têm um rendimento mensal inferior a 485 euros, 6,7% têm um rendimento que se insere entre os 1456-1940 euros e as restantes (6,7%) têm um rendimento superior a 1941 euros.

Tabela 6: Distribuição do rendimento mensal líquido

Rendimento Mensal Líquido	Frequência	Percentagem
<485 euros	4	13,3
486-970 euros	21	70,0
971 – 1455 euros	2	6,7
1456 – 1940 euros	2	6,7
>1941 euros	1	3,3
Total	30	100,0

4.1.2 Caracterização dos hábitos

Relativamente aos hábitos tabágicos e alcoólicos todas as gestantes negaram consumir tabaco e/ou álcool.

Como podemos observar no Gráfico 1, 56,7% das gestantes referiram escovar os dentes 2 vezes ao dia antes da gestação, 26,7% referiram escovar apenas 1 vez ao dia e 16,7% referiram escovar 3 vezes ao dia. A maioria das gestantes referiu que escovava 2 vezes ao dia os seus dentes antes da gestação. Contudo, há um maior número de gestantes a referir 1 única escovagem diária em relação às 3 escovagens diárias antes da gravidez.

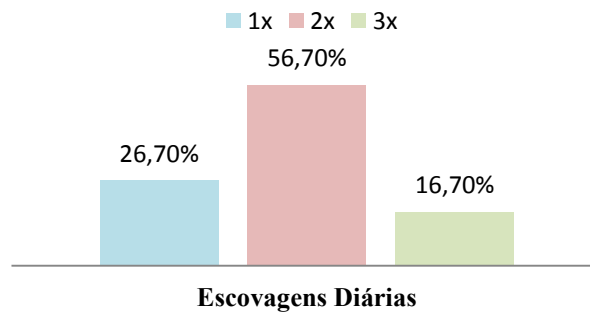


Gráfico 1: Distribuição da frequência de escovagens diárias antes da gestação

Como podemos observar no Gráfico 2, 60,0% das gestantes referiram escovar os dentes 2 vezes ao dia durante a gestação, 23,3% referiram escovar apenas 1 vez ao dia e 16,7% referiram escovar 3 vezes ao dia. A maioria das gestantes referiu que escovava 2 vezes ao dia os seus dentes durante a gestação. Contudo, continua um maior número de gestantes a referirem 1 única escovagem diária do que a referirem 3 escovagens diárias durante a gravidez. Como podemos observar nos Gráficos 1 e 2, apenas uma gestante alterou o seu número de escovagens antes e depois da gravidez, sendo que passou a realizar 2 escovagens diárias em vez de uma.

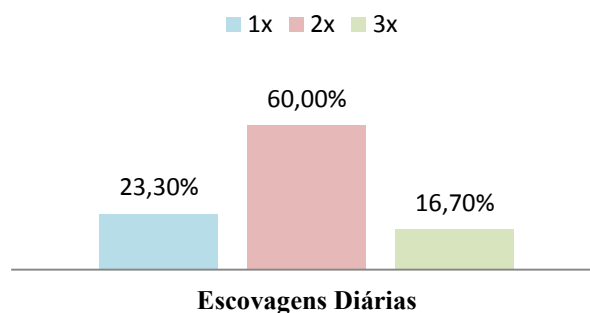


Gráfico 2: Distribuição da frequência de escovagens diárias durante a gestação

Como podemos observar na tabela 7, 17% (n=5) das gestantes admitiram ter adotado novas medidas de higiene oral durante a gestação, nomeadamente o uso de colutório de clorohexidina (n=1), utilização de fio dentário (n=2), utilização de fio dentário e maior tempo de escovagem (n=1) e alteração da pasta dentífrica (n=1).

Tabela 7: Distribuição das novas medidas de higiene oral iniciadas no período gestacional

Novas medidas de higiene oral	Frequência	Percentagem
Colutório clorhexidina	1	3,3
Fio dentário	2	6,6
Fio dentário e maior tempo de escovagem	1	3,3
Pasta dentífrica “Gum”	1	3,3
Total	5	16,7

Metade das gestantes (n=15) referiram utilizar escovilhão ou fio dentário e 40% referiram realizar bochechos com elixir ou colutório.

Como podemos observar na tabela 8, uma gestante foi recomendada pelo seu obstetra a utilizar um suplemento de flúor (Zymafluor® 4 gotas), todas as outras gestantes (n=29) não estavam a utilizar suplementação com flúor sistémico.

Tabela 8: Distribuição da suplementação com flúor sistémico

Suplementação com flúor	Frequência	Percentagem
Sim	1 ^a	3,3
Não	29	96,7
Total	30	100,0

*Zymafluor® 4 gotas

4.1.3 Caracterização da gravidez

Como podemos observar na tabela 9, metade das gestantes (n=15) estavam no 2º trimestre de gestação, 36,7% (n=11) estavam no 3º trimestre de gestação e apenas 13,3% (n=4) estavam no 1º trimestre de gestação.

Tabela 9: Distribuição do trimestre em que a gestante se insere

Trimestre	Frequência	Percentagem
1º	4	13,3
2º	15	50,0
3º	11	36,7
Total	30	100,0

Como podemos observar na tabela 10, 53,3 % das gestantes inquiridas eram também seguidas no sector privado e 46,7 % eram apenas seguidas no sistema nacional de saúde.

Tabela 10: Distribuição do seguimento da gestante no sector privado

Seguimento no sector privado	Frequência	Percentagem
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
Total	30	100,0

Como podemos observar no gráfico 3, 66,70 % das gestantes da amostra tinham uma gravidez de baixo risco, contudo 33,30 % tinham uma gravidez de alto risco.

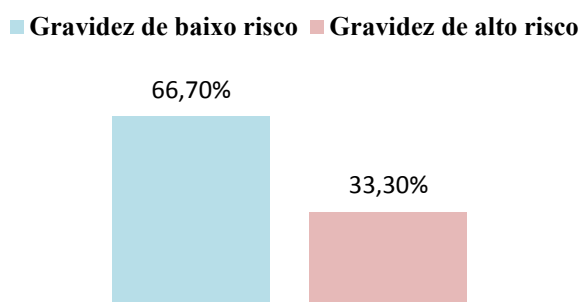


Gráfico 3: Classificação da gravidez

43 % das gestantes referiram que esta era a sua 1ª gravidez.

Como podemos observar na tabela 11, 11,8% (n=2) das gestantes tinham sofrido um aborto na última gravidez, 64,7 % referiram ter um filho, 17,6% referiram ter dois filhos e apenas uma referiu ter três filhos.

Tabela 11: distribuição do número de filhos

Número de filhos	Frequência	Porcentagem
0 (Aborto na gravidez anterior)	2	11,8
1	11	64,7
2	3	17,6
3	1	5,9
Total	17	100,0

Como podemos observar na tabela 12, apenas 23,5% (n=4) das gestantes referia que a última gravidez tinha sido de 40 semanas ou mais.

Tabela 12: Duração da gravidez anterior

Gravidez anterior foi até às 40 semanas	Frequência	Porcentagem
Sim	4	23,5
Não	13	76,5
Total	17	100,0

Como podemos observar na tabela 13, duas tinham sofrido um aborto na gravidez anterior, uma referiu que a gravidez precedente teve a duração de 36 semanas, duas referiram a duração de 37 semanas, três referiram a duração de 38 semanas. A maior percentagem (29,4%) das inquiridas referiu a duração de 39 semanas na última gestação. Duas referiram as 40 semanas e duas chegaram às 41 semanas.

Tabela 13: Número de semanas da última gravidez

Número de semanas	Frequência	Porcentagem
0 (aborto)	2	11,8
36	1	5,9
37	2	11,8
38	3	17,6
39	5	29,4
40	2	11,8
41	2	11,8
Total	17	100,0

4.1.4 Caracterização da percepção das gestantes

Como podemos observar no gráfico 4, 46,7% das gestantes considera que a sua saúde oral era média antes da gestação, 40,0% considera que era boa, 10,0% considera que era má e 3,3% considera que era muito boa.

Como podemos observar no gráfico 5, a quantidade de gestantes a referiram má higiene durante a gestação oral mantém-se igual (10,0%), contudo há um ligeiro aumento da percepção de muito boa (6,7%) e de média (50,0%) saúde oral, com a diminuição de inquiridas a referiram uma percepção de boa saúde oral.

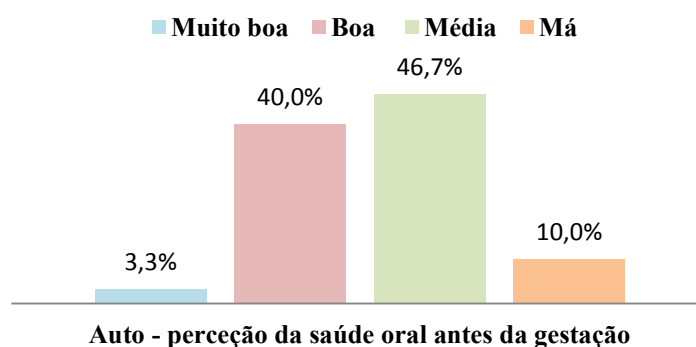


Gráfico 4: Distribuição da autopercepção de saúde oral antes da gravidez

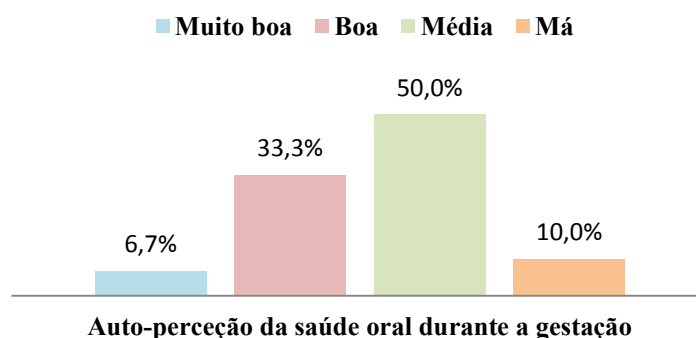


Gráfico 5: distribuição da autopercepção de saúde oral durante a gravidez

Todas as gestantes referiram que consideravam importante uma boa saúde oral durante a gestação.

Como podemos observar no gráfico 6, a maioria (63%) tem percepção que a dieta alimentar influencia a saúde oral da gestante, contudo 27% pensa que não e 10% não sabe responder à questão.

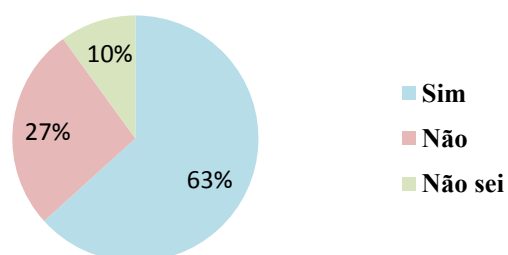


Gráfico 6: distribuição da percepção da influência da dieta alimentar na saúde oral da gestante

De entre as inquiridas 60% (n=18) consideraram que existiam alterações negativas na saúde oral durante a gestação.

Como podemos observar no gráfico 7, de entre as gestantes que referiram alterações negativas durante a gravidez, 100% relataram sentir as gengivas inflamadas e dor ao escovar, 66,70% o surgimento de sensibilidade dentária, 33,30% maior incidência de cáries, 20,20% surgimento de perimólise e 11,10% surgimento de mobilidade dentária.

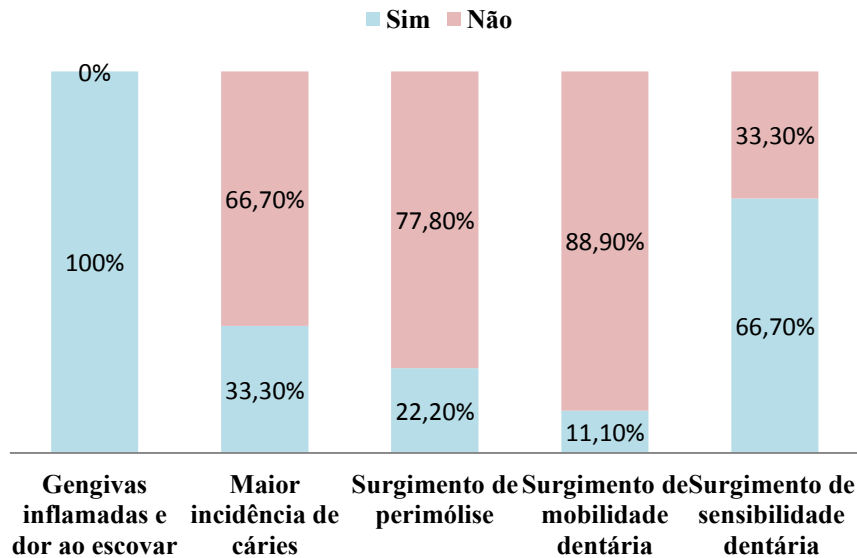


Gráfico 7: Autopercepção das alterações na saúde oral

Como podemos observar no gráfico 8, 88,90% das inquiridas considera que as alterações negativas que sentem na gestação se devem às alterações hormonais decorrentes, 72,20% considera que o fator responsável seja a perda do cálcio dos seus dentes para o bebé, 50,00% associa aos vômitos recorrentes, 44,40% relaciona com um maior consumo de açúcar e apenas 22,20% devido à má higiene oral.

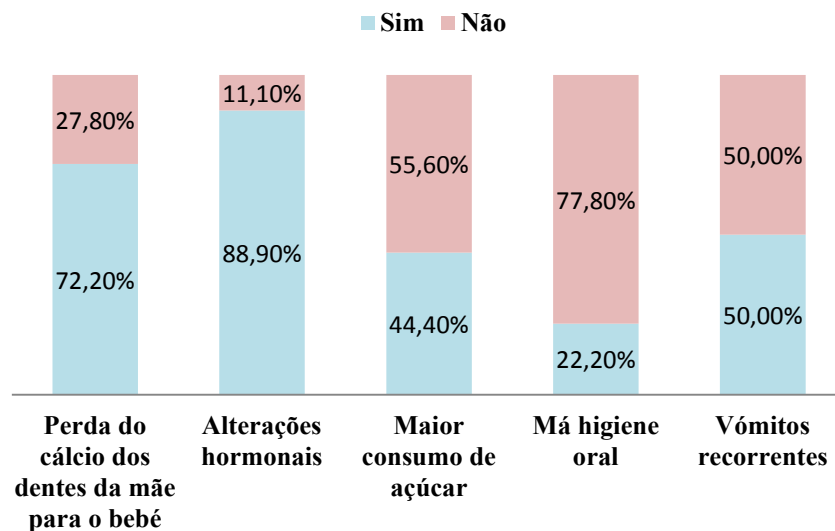


Gráfico 8: Percepção da causa do aparecimento de alterações dentárias durante a gestação

93% das gestantes relacionaram o aumento do açúcar na dieta alimentar com o aumento do risco de cárie.

Como podemos observar no gráfico 9, a maioria (60%) considera positivo escovar os dentes logo após um episódio de vômito, 20% considera que não é positivo e 20% refere não saber.

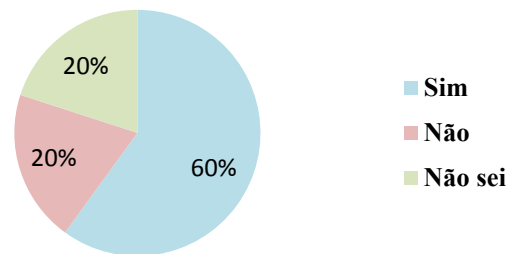


Gráfico 9: Percepção sobre considerar positivo escovar os dentes logo após um episódio de vômito

Como podemos observar no gráfico 10, a maioria (60%) pensa que o 1º trimestre é o mais prejudicial para a sua saúde oral, 23,3% considera o 2º trimestre e 16,7% referiu o 3º trimestre.

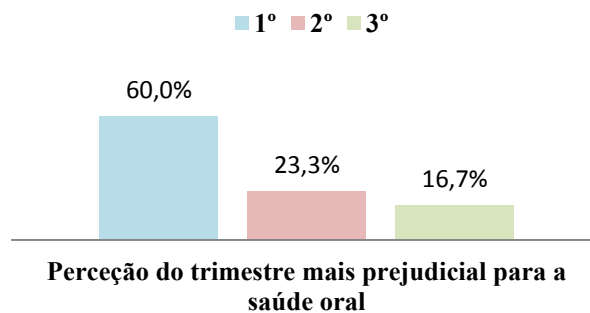


Gráfico 10: Percepção sobre o período da gestação que considera mais prejudicial para a saúde oral

Como podemos observar no gráfico 11, 50% considera que o consumo de flúor sistêmico durante a gestação não influencia a futura saúde dentária do bebê, 33% refere não saber e 17% acha que influencia.

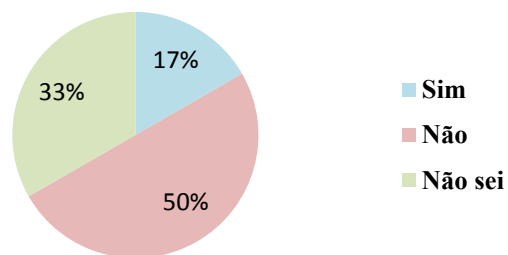


Gráfico 11: Percepção sobre a influência do consumo de flúor sistêmico durante a gravidez na futura saúde dentária do bebê

Todas as gestantes que consideraram que o consumo de flúor sistêmico durante a gravidez influenciava a saúde dentária do futuro bebê consideraram que era positivamente.

Como podemos observar no gráfico 12, 40% considerou que o nível de vitamina D durante a gestação não influencia a saúde dentária da futura criança, 37% considerou não saber. Apenas 23% considerou que influenciava.

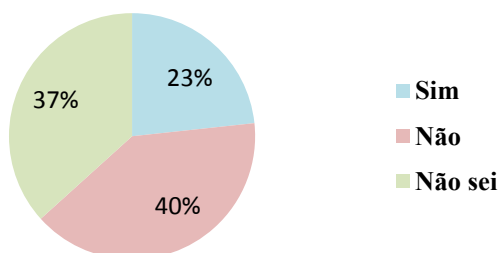


Gráfico 12: Percepção da influência do nível de vitamina D durante a gestação na saúde dentária da futura criança

Como podemos observar no gráfico 13, 57% considerou que a toma de algumas medicações durante a gestação poderia levar a alterações dentárias do bebê, 30% referiram não saber e 13% acharam que não.

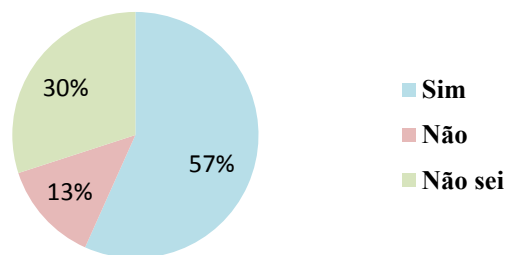


Gráfico 13: distribuição da percepção da relação entre medicação tomada durante a gravidez e possíveis alterações dentárias da criança

Como podemos observar no gráfico 14, 43% das inquiridas considerou que as infeções presentes na cavidade oral poderiam estar relacionadas com problemas gestacionais como por exemplo o parto prematuro. 40% referiu não saber e 17% achava que não.

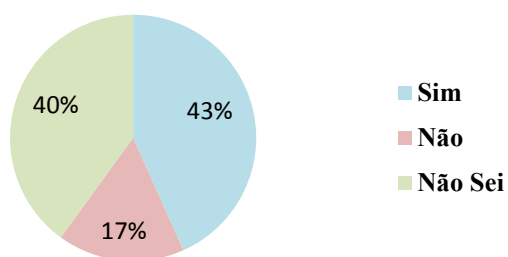


Gráfico 14: distribuição da percepção da relação entre infeções na cavidade oral e problemas gestacionais como o parto prematuro

Como podemos observar no gráfico 15, 63% das gestantes referiu que não sabia se poderia transmitir cárie para o seu filho, 30% pensa que não pode transmitir e apenas 7% acha que pode haver transmissão.

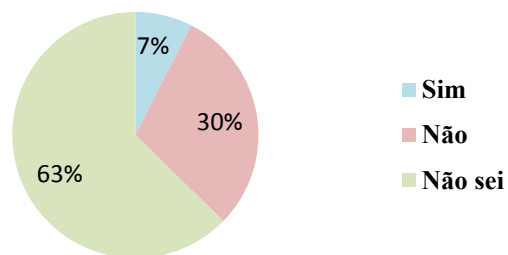


Gráfico 15: Percepção sobre a possibilidade de transmissão de cárie da gestante para o bebê

Como podemos observar no gráfico 16, 53,30% das gestantes consideraram que o 2º trimestre é o melhor para a realização de tratamentos dentários, 33,30% referiram o 1º trimestre e 13,30% consideraram o 3º trimestre.

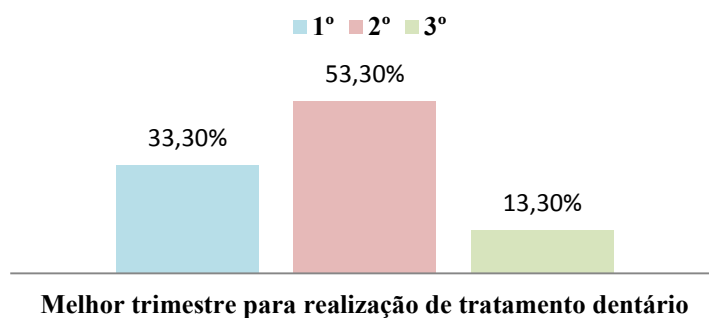


Gráfico 16: Percepção sobre o melhor período da gestação para a realização de tratamento dentário

Como podemos observar no gráfico 17, a grande maioria das gestantes (90%) considerou perigoso a realização de exames radiográficos na consulta de medicina dentária durante a gestação, 7% considerou que não era perigoso e 3% referiu não saber.

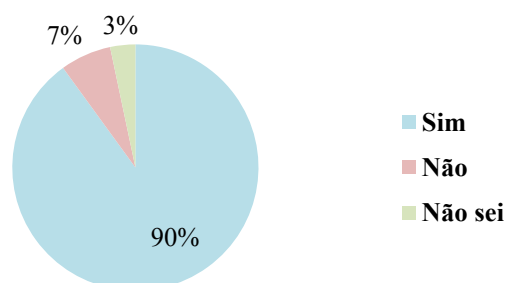


Gráfico 17: Percepção do perigo dos exames radiográficos na consulta de medicina dentária

63% das gestantes considerou perigoso a utilização de anestesia local na consulta de medicina dentária durante a gestação.

4.1.5 Caracterização da prevenção e promoção da saúde oral

89% das gestantes referiram que não realizaram uma consulta com o médico dentista antes de engravidar. Como podemos observar na tabela 14, 45% das gestantes referiu que não realizou consulta com o seu médico dentista no período pré-concepcional porque “não pensou nisso”, 20% referiu que não realizou consulta por falta de tempo, 20% porque “não achou necessário e 15% porque a gravidez não foi planeada.

Tabela 14: Razão pela qual não realizou consulta com o seu médico dentista no período pré-concepcional

Porque não realizou consulta com médico dentista no período pré-concepcional	Frequência	Percentagem
Falta de tempo	4	20,0
Não achou necessário	4	20,0
Não pensou nisso	9	45,0
A gravidez não foi planeada	3	15,0
Total	20	100,0

90% das gestantes referiram estar informadas acerca do direito da utilização de cheque-dentista na gravidez, apenas 44% tinha utilizado o cheque dentista até ao momento do questionário.

97,0% consideraram benéfico realizar uma consulta com o seu médico dentista antes de engravidar e 93,3% consideraram positivo a ida ao médico dentista durante a gestação.

77% não recebeu informação sobre saúde oral e gravidez durante a gestação. Das 7 grávidas que tinham recebido informação sobre saúde oral, cinco tinham sido instruídas pelo seu médico dentista, uma pela sua médica e médica dentista e outra pela sua enfermeira e médica dentista.

60 % consideraram não estar suficientemente informadas sobre saúde oral na gravidez.

4.2 Resultados da condição clínica

Podemos verificar que 33,30% das gestantes da amostra estavam livres de cárie. Quanto à distribuição de gestantes livres de cárie por trimestre, 54,55% das gestantes do 3º trimestre estão livres de cárie, 20,00% das gestantes do 2º trimestre estão livres de cárie e que 25,00% das gestantes do 1º trimestre estão livres de cárie, conforme está representado no gráfico 18.

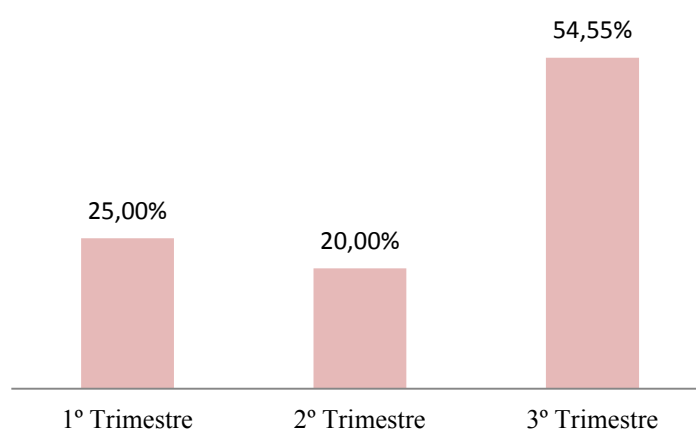


Gráfico 18: Percentagem de grávidas livres de cárie dentária, por trimestre

Podemos observar que 45,45% das grávidas do meio urbano estão livres de cárie e que apenas 26,32% das grávidas do meio rural estão livres de cárie, conforme está representado no gráfico 19.

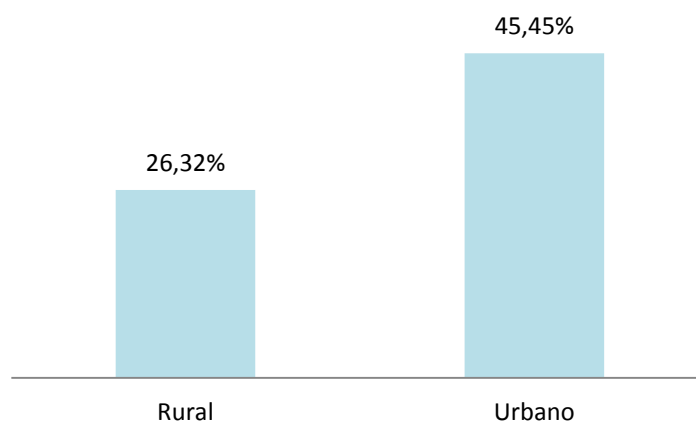


Gráfico 19: Percentagem de grávidas livres de cárie dentária, por habitação

O CPOD que permite calcular o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados foi avaliado na amostra, sendo a prevalência da doença de 11,63. A média de dentes cariados é de $2,65 \pm 3,737$, a média de dentes perdidos é de $1,67 \pm 2,617$ e a média de dentes obturados é de $7,33 \pm 3,698$.

O CPOD foi avaliado nas gestantes do 1º, 2º e 3º trimestre, sendo a prevalência da doença, de 15,0; 11,27 e 10,91, respectivamente, conforme está representado no gráfico 20.

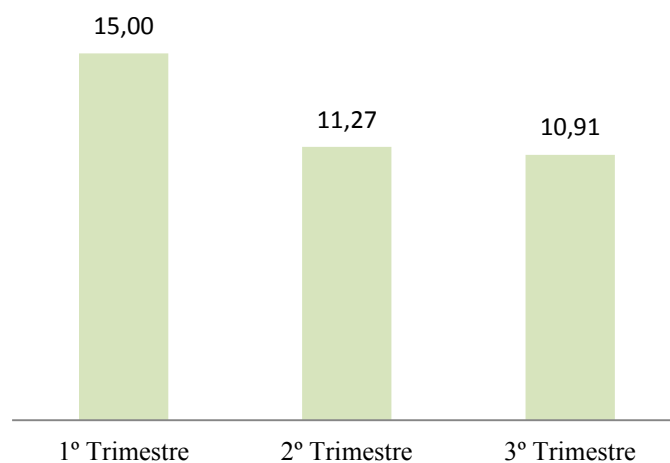


Gráfico 20: CPOD em gestante do 1º, 2º e 3º trimestre de gestação

Podemos verificar que o CPOD médio do meio rural é de 13,63 e no meio urbano é de 8,18, conforme está representado no gráfico 21.

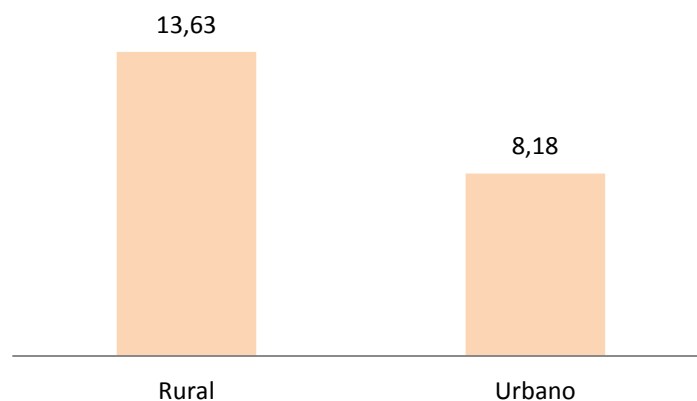


Gráfico 21: CPOD no meio rural e urbano

Conforme está representado no gráfico 22:

No 1º trimestre não existe nenhum sextante registrado com gengiva saudável (ICP0), em média existem: 1,25 sextantes registrados com hemorragia à sondagem (ICP1), 2,25 sextantes registrados com cálculo (ICP2), 2,25 sextantes registrados com bolsa periodontal 4-5mm (ICP3) e nenhum sextante registrado com bolsa periodontal maior ou igual a 6 mm (ICP4).

No 2º trimestre em média existem 0,33 sextantes registrados com ICP0, 0,67 sextantes registrados com ICP1, 1,93 sextantes registrados com ICP2, 2,13 sextantes registrados com ICP3 e 0,87 registrados com ICP4.

No 3º trimestre em média existem 0,09 sextantes registrados com ICP0, 0,82 sextantes registrados com ICP1, 1,18 sextantes registrados com ICP2, 2,91 sextantes registrados com ICP3 e 1 registrado com ICP4.

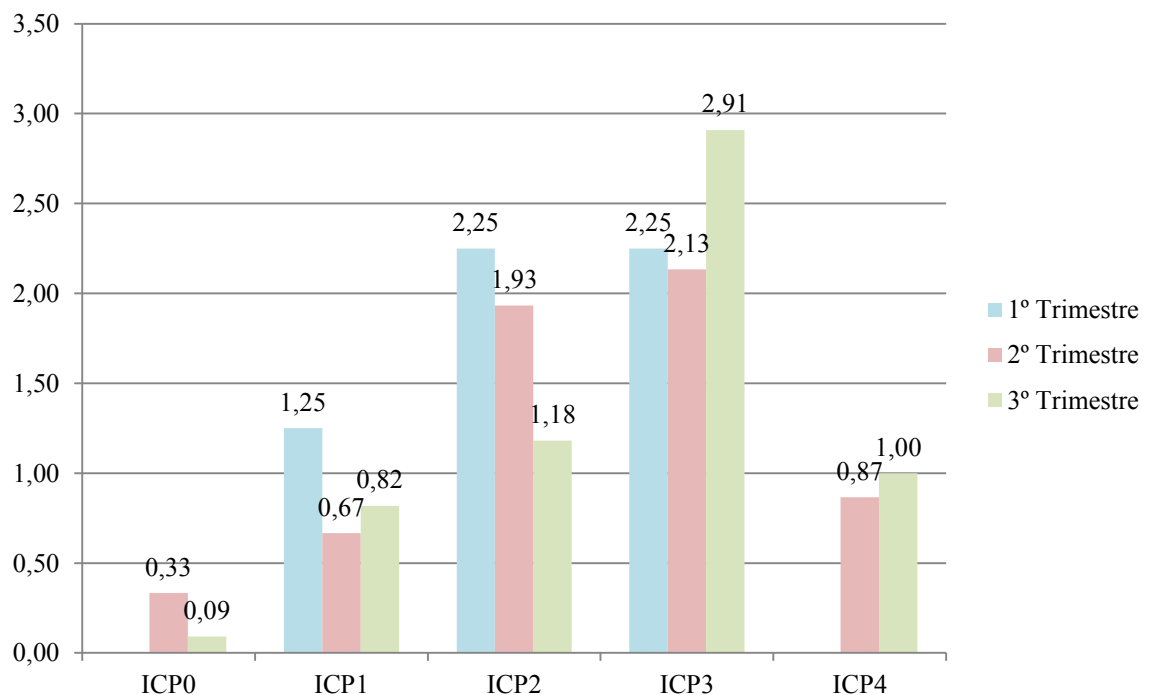


Gráfico 22: Número médio de sextantes com doença periodontal no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação

Conforme está representado no gráfico 23:

No 1º trimestre não existe nenhum sextante registrado com gengiva saudável (ICP0), 41,67% dos sextantes têm hemorragia à sondagem (ICP1), 12,50% dos sextantes registrados apresentam cálculo (ICP2), 13,64% dos sextantes registrados apresentam bolsa periodontal 4-5mm (ICP3) e nenhum sextante foi registrado com bolsa periodontal maior ou igual a 6 mm (ICP4).

No 2º trimestre 5,56% dos sextantes registrados apresentam ICP0, 11,11% dos sextantes foram registrados com ICP1, 32,22% dos sextantes foram registrados com ICP2, 35,56% dos sextantes apresentam ICP3 e 14,44% foram registrados com ICP4

No 3º trimestre 1,52% dos sextantes foram registrados com ICP0, 13,64% dos sextantes foram registrados com ICP1, 19,70% dos sextantes registrados apresentaram ICP2, 48,48% dos sextantes foram registrados com ICP3 e 16,67% foi registrado com ICP4

Podemos verificar que bolsas periodontais maiores ou igual a 6mm só foram registradas em gestantes do 2º ou 3º trimestre.

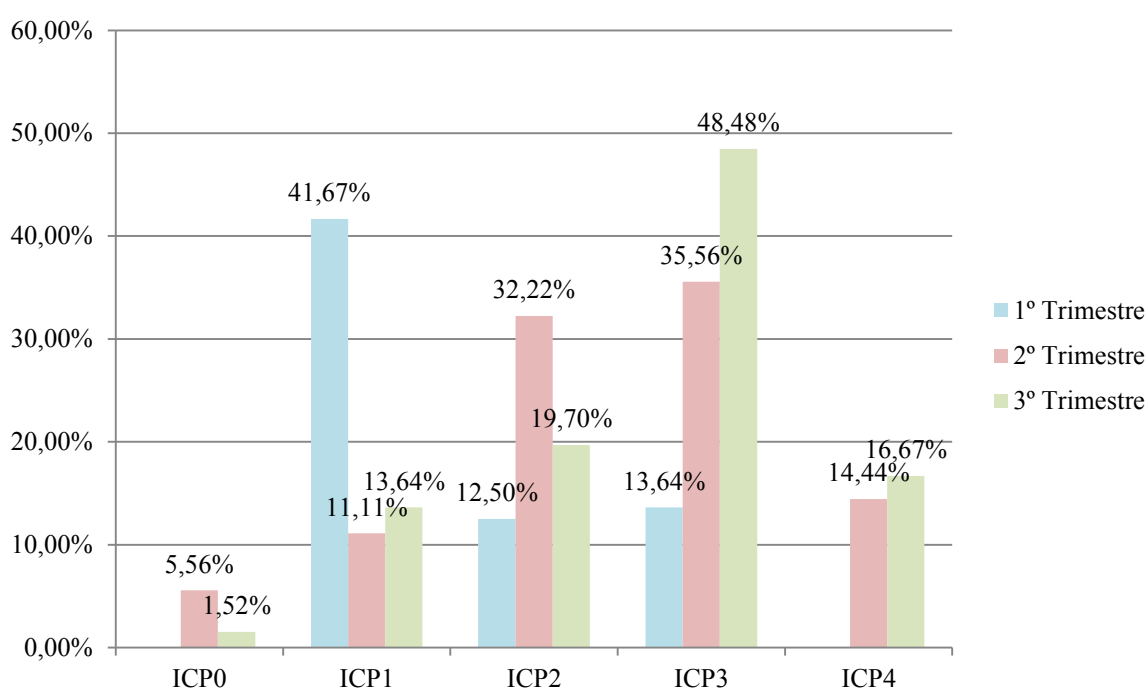


Gráfico 23: Prevalência de sextantes com doença periodontal no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação

Conforme está representado no gráfico 24:

No meio rural existem em média 0,16 sextantes registrados com gengiva saudável (ICP0), em média existem 0,68 sextantes registrados com hemorragia à sondagem (ICP1), 1,89 sextantes registrados com cálculo (ICP2), 2,53 sextantes registrados com bolsa periodontal 4-5mm (ICP3) e 0,63 sextantes registrados com bolsa periodontal maior ou igual a 6 mm (ICP4).

No meio urbano em média existem 0,27 sextantes registrados com ICP0, 1,00 sextantes registrados com ICP1, 1,36 sextantes registrados com ICP2, 2,27 sextantes registrados com ICP3 e 1,09 registrados com ICP4.

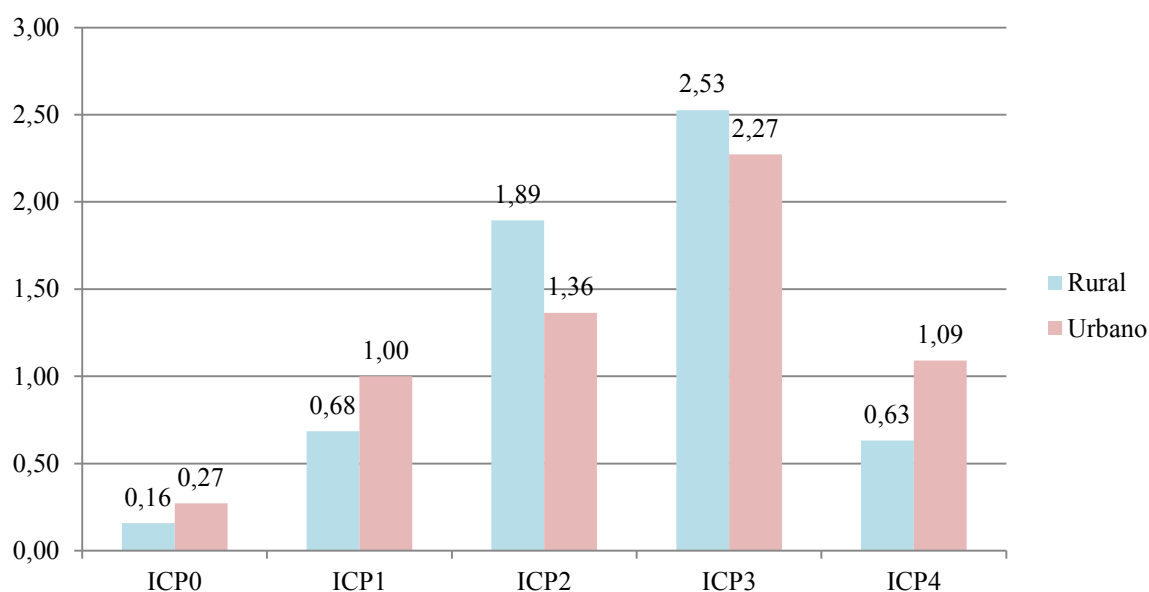


Gráfico 24: Número médio de sextantes com doença periodontal no meio rural e no meio urbano

Conforme está representado no gráfico 25:

No meio rural 2,63% dos sextantes registrados apresentavam gengiva saudável (ICP0), 11,40% dos sextantes têm hemorragia à sondagem (ICP1), 31,58% dos sextantes registrados apresentam cálculo (ICP2), 42,11% dos sextantes registrados apresentam bolsa periodontal 4-5mm (ICP3) e 10,53% dos sextantes foram registrados com bolsa periodontal maior ou igual a 6 mm (ICP4).

No meio urbano 4,55% dos sextantes registrados apresentam ICP0, 16,67% dos sextantes foram registrados com ICP1, 22,73% dos sextantes foram registrados com ICP2, 37,88% dos sextantes apresentam ICP3 e 18,18% foram registrados com ICP4.

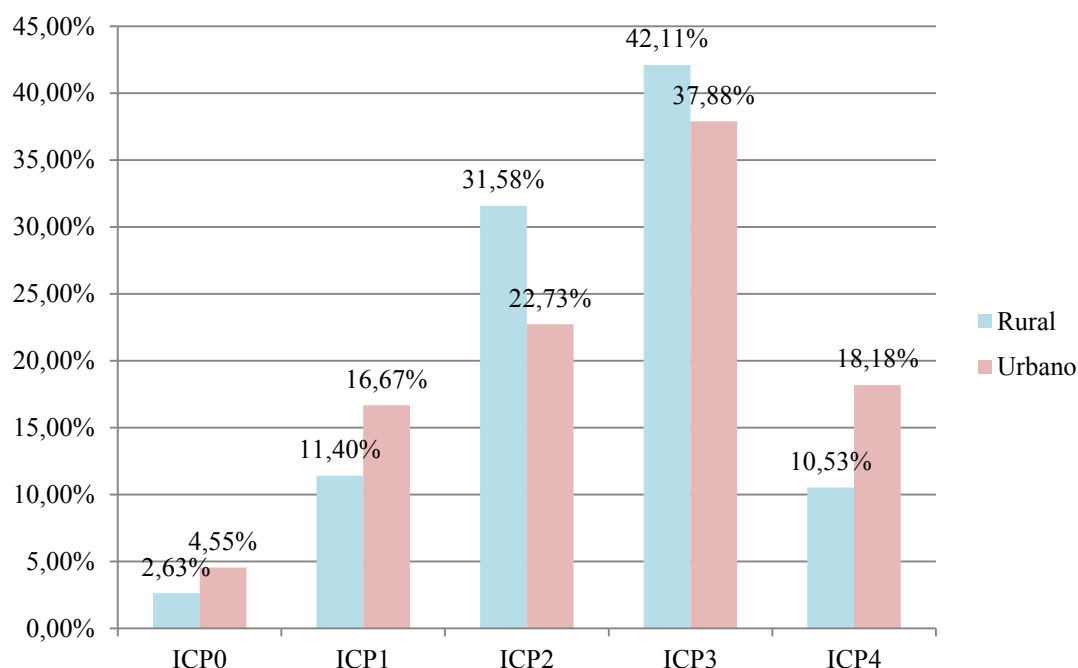


Gráfico 25: Prevalência de sextantes com doença periodontal no meio rural no meio urbano

Conforme está representado nos gráficos 26 e 27:

No meio rural há aumento da prevalência e do número médio de sextantes com bolsas periodontais (ICP3 e 4) do 1º ao 3º trimestre. No meio urbano há um aumento da prevalência e do número médio de sextantes com bolsas periodontais maiores ou igual a 6 mm do 1º ao 3º trimestre.

Conforme está representado no gráfico 26:

No 1º trimestre no meio rural 27,78% dos sextantes apresentam hemorragia à sondagem, 38,89% dos sextantes apresentam cálculo, 27,78% dos sextantes apresentam bolsas periodontais entre 4-5mm. No 1º trimestre no meio urbano 33,33% dos sextantes apresentam cálculo e 66,67% apresentam bolsas entre 4-5mm. Ou seja no 1º trimestre no meio urbano a prevalência de bolsas entre 4-5mm é maior do que no meio rural. Em ambos os meios no 1º trimestre não foram registrados sextantes com bolsas maiores ou iguais a 6mm.

No 2º trimestre no meio rural há 4,17% de sextantes estão sãos, 6,25% dos sextantes apresentam hemorragia à sondagem, 37,50% dos sextantes apresentam cálculo, 39,58% dos sextantes apresentam bolsas periodontais entre 4-5mm e 10,42% dos sextantes apresentam bolsas periodontais maiores ou iguais a 6 mm. No 2º trimestre no meio urbano 7,14% sextantes estão sãos, 16,67% dos sextantes apresentam hemorragia à sondagem, 26,19% dos sextantes apresentam cálculo, 30,95% dos

sextantes apresentam bolsas periodontais entre 4-5mm e 19,05% dos sextantes apresentam bolsas periodontais maiores ou iguais a 6mm.

No 3º trimestre no meio rural 2,08% dos sextantes estão sãos, 10,42% dos sextantes apresentam hemorragia à sondagem, 22,92% dos sextantes apresentam cálculo, 50,00% dos sextantes apresentam bolsas periodontais entre 4-5mm e 14,58% dos sextantes apresentam bolsas periodontais maiores ou igual a 6mm. No 3º trimestre no meio urbano não foram registrados sextantes sãos, 22,22% dos sextantes apresentam hemorragia à sondagem, 11,11% dos sextantes apresentam cálculo, 44,44% dos sextantes apresentam bolsas periodontais entre 4-5mm e 22,22% dos sextantes apresentam bolsas periodontais maiores ou iguais a 6mm.

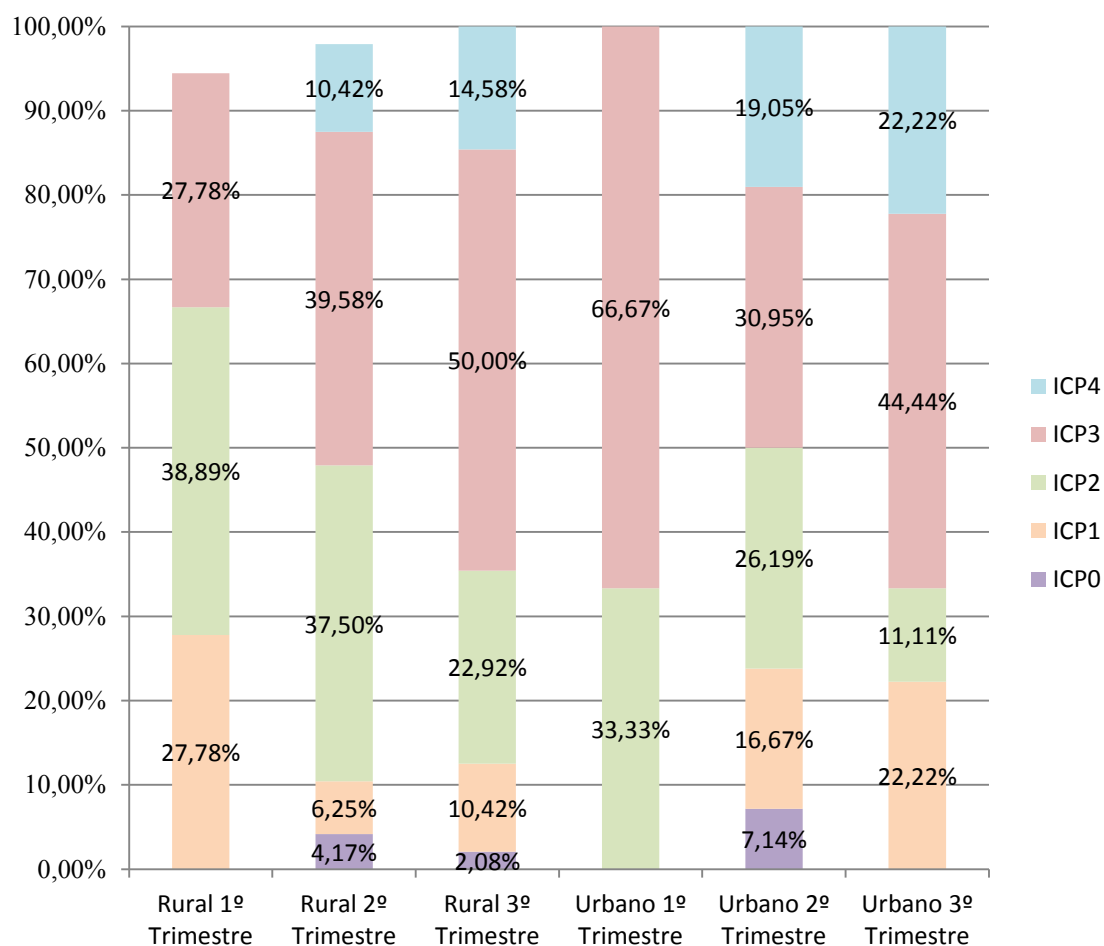


Gráfico 26: Prevalência da doença periodontal no 1º, 2º e 3º trimestre, por regiões

Conforme está representado no gráfico 27:

No 1º trimestre no meio rural em média existem 1,67 sextantes com hemorragia à sondagem, em média 2,33 sextantes com cálculo, em média 1,67 sextantes com bolsas periodontais entre 4-5mm. No 1º trimestre no meio urbano em média existem 2,00 sextantes com cálculo e 4,00 com bolsas entre 4-5mm. Ou seja no meio urbano no 1º trimestre existe em média mais sextantes com bolsas entre 4-5mm do que no meio rural. Em ambos os meios no 1º trimestre não foram registados sextantes com bolsas maiores ou iguais a 6mm.

No 2º trimestre no meio rural em média existem 0,25 sextantes sãos, em média 0,38 sextantes com hemorragia à sondagem, em média 2,25 sextantes com cálculo, em média 2,38 sextantes com bolsas periodontais entre 4-5mm e em média 0,63 sextantes com bolsas periodontais maiores ou iguais a 6 mm. No 2º trimestre no meio urbano em média existem 0,48 sextantes sãos, em média 1,00 sextantes com hemorragia à sondagem, em média 1,57 sextantes com cálculo, em média 1,86 sextantes com bolsas periodontais entre 4-5mm e em média 1,14 sextantes com bolsas periodontais ≥ 6 mm.

No 3º trimestre no meio rural em média existem 0,13 sextantes sãos, em média 0,63 sextantes com hemorragia à sondagem, em média 1,38 sextantes com cálculo, em média 3,00 sextantes com bolsas periodontais entre 4-5mm e em média 0,88 sextantes com bolsas periodontais maiores ou iguais a 6 mm. No 3º trimestre no meio urbano não foram registados sextantes sãos, foram registados em média 1,33 sextantes com hemorragia à sondagem, em média 0,67 sextantes com cálculo, em média 2,67 sextantes com bolsas periodontais entre 4-5 mm e em média 1,33 sextantes com bolsas periodontais maiores ou iguais a 6 mm.

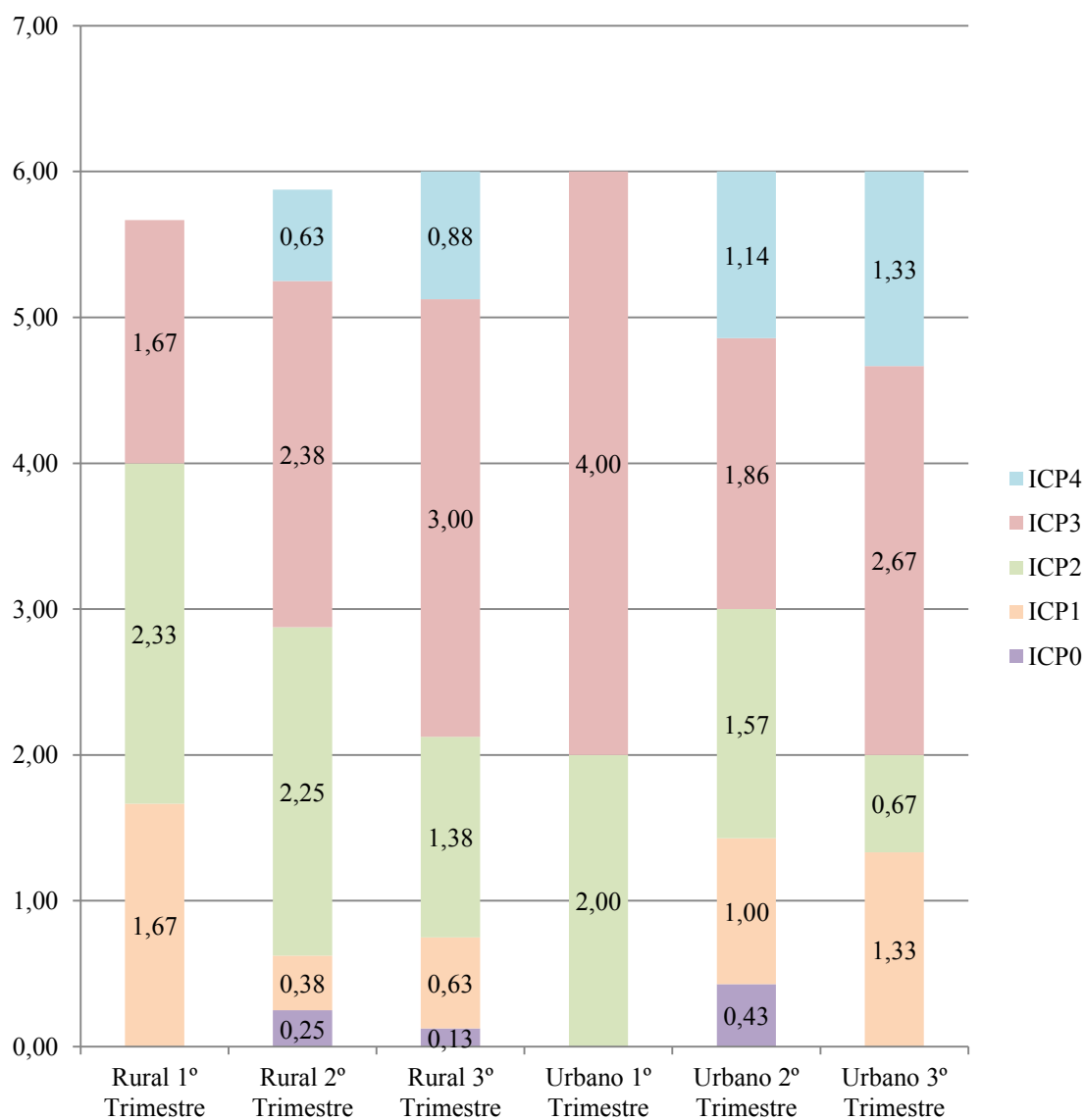


Gráfico 27: Média de sextantes com doença periodontal no 1º, 2º e 3º trimestre, por regiões

Foram realizados cruzamentos entre as perguntas das diferentes partes dos questionários e entre os dados recolhidos nos mesmos questionários e os dados clínicos.

Por uma questão de gestão da mancha de texto, apenas foram apresentados os resultados com significância estatística.

4.3 Resultados com significância estatística

Como podemos observar na tabela 15, existem diferenças significativas no CPOD médio entre os diferentes níveis de escolaridade ($p=0,003$), sendo que o CPOD médio das grávidas com escolaridade até ao 9º ano ($16,71 \pm 6,102$) é significativamente superior ($p=0,004$) ao CPOD médio das grávidas com escolaridade 10º-12º ($9,75 \pm 3,415$) e significativamente superior ($p=0,012$) ao das grávidas com escolaridade superior ($10,45 \pm 2,841$). Não foram encontrados resultados significativos entre o CPOD médio do 10º-12º ano e ensino superior.

Tabela 15: CPOD e Escolaridade

CPOD	Frequência	Média	Desvio-Padrão	P-valor
<=9º ano	7	16,71	6,102	0,003
10º-12º ano	12	9,75	3,415	
Ensino superior	11	10,45	2,841	

Como podemos observar na tabela 16, o CPOD difere significativamente com o meio de habitação ($p=0,001$) sendo que o CPOD do meio rural é significativamente superior ($13,63 \pm 4,597$) ao CPOD do meio urbano ($8,18 \pm 2,892$).

Tabela 16: CPOD e Habitação

CPOD	Frequência	Média	Desvio-Padrão	P-valor
Rural	19	13,63	4,597	0,001
Urbano	11	8,18	2,892	

Como podemos observar no gráfico 28, existe uma relação significativa entre haver ou não bolsas periodontais no 6º sextante com o trimestre de gestação ($p=0,029$), intensidade de relação moderada ($v \text{ cramer}=42\%$). Pela análise da amostra parece haver uma tendência entre o grupo de grávidas sem bolsas periodontais estarem no 1º ou 2º semestre de gestação.

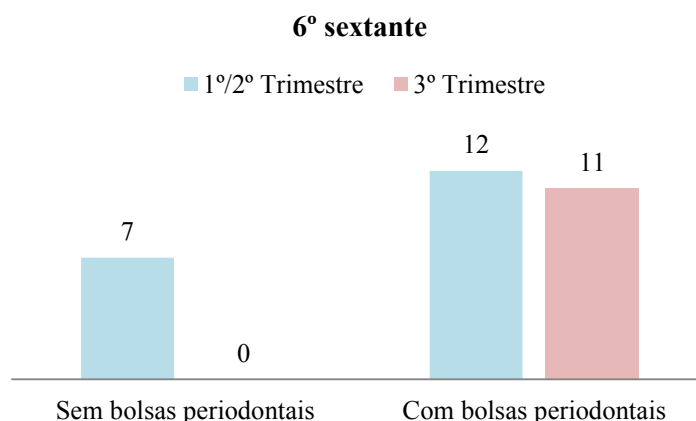


Gráfico 28: Bolsas periodontais no 6º sextante e Trimestre

Como podemos observar no gráfico 29, existe uma relação significativa entre haver ou não bolsas no 3º sextante com o trimestre de gestação ($p=0,05$), intensidade de relação forte ($v\text{ cramer}=41,9\%$). Pela análise da amostra parece haver uma tendência invertida, tendência para as grávidas do 1º e 2º trimestre não apresentarem bolsas periodontais e tendência para as grávidas do 3º trimestre apresentarem bolsas periodontais.

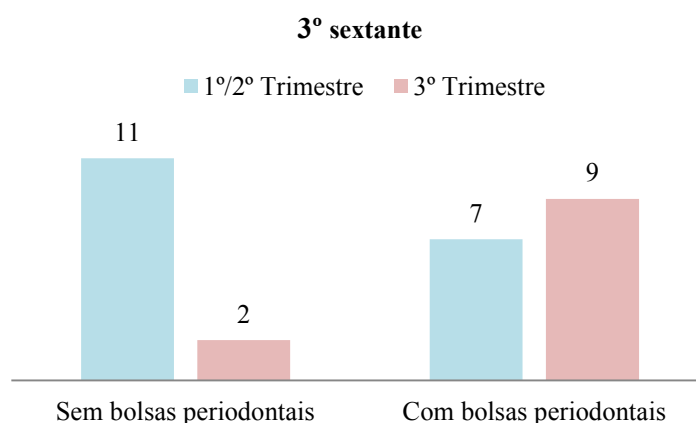


Gráfico 29: Bolsas periodontais no 3º sextante e Trimestre

Como podemos observar nas tabelas 17,18 e 19: foram detetados diferenças significativas no número de sextantes com cálculo em relação à caracterização da gravidez, ao número de escovagens durante a gestação e em relação ao fato de utilizar ou não elixir ou colutório.

Como podemos observar na tabela 17, quanto à caracterização da gravidez, em média o nº de sextantes com cálculos numa gravidez de baixo risco ($2,05 \pm 1,504$) é

significativamente superior ($p=0,05$) número de sextantes com cálculo numa gravidez de alto risco ($1\pm0,816$).

Como podemos observar na tabela 18, quanto ao número de escovagens diárias durante a gestação, em média o nº de sextantes com cálculos nas grávidas que realizam 3 escovagens diárias ($2,8\pm0,837$) é significativamente superior ($p=0,015$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que escovam 1 ou 2 vezes ao dia ($1,48\pm1,388$).

Como podemos observar na tabela 19, quanto à utilização de colutório ou elixir durante a gestação, em média o nº de sextantes com cálculos nas grávidas que não realizam bochechos com elixir ou colutório ($2,28\pm1,447$) é significativamente superior ($p=0,003$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório ($0,83\pm1,447$).

Tabela 17: Caracterização da gestação e ICP2 (presença de cálculo)

ICP2	Frequência	Média	Desvio-Padrão	P-valor
Gravidez de baixo risco	20	2,05	1,504	0,05
Gravidez de alto risco	10	1,00	0,816	

Tabela 18: Número de escovagens diárias durante a gestação e ICP2 (presença de cálculo)

ICP2	Frequência	Média	Desvio-Padrão	P valor
Escovar durante gravidez 1/2 vezes	25	1,48	1,388	0,015
Escovar durante gravidez 3 vezes	5	2,8	0,837	

Tabela 19: Utilização de colutório ou elixir durante a gestação e ICP2 (presença de cálculo)

ICP2	Frequência	Média	Desvio-Padrão	P valor
Utiliza elixir/colutório	12	0,83	0,718	0,003
Não utiliza elixir/colutório	18	2,28	1,447	

Como podemos observar no gráfico 30, o fato de ter ou não bolsa periodontal no 2º sextante com a adoção ou não de novas medidas de higiene oral estão significativamente relacionadas ($p=0,001$), a intensidade da relação é forte ($v\text{cramer}=68,3\%$). Pela análise da amostra há mais grávidas com bolsas periodontais nas que adotaram novas medidas de higiene oral durante a gestação. Enquanto nas grávidas que não adotaram existem mais sem bolsas periodontais.

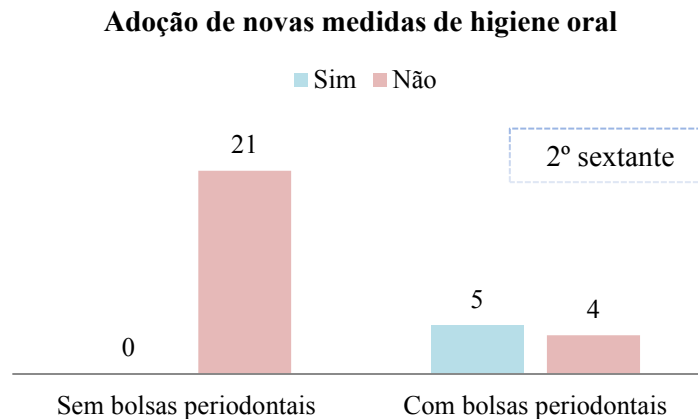


Gráfico 30: Bolsas periodontais no 2º sextante e adoção de novas medidas de higiene oral na gestação

Como podemos observar nos gráficos 31 e 32, o fato de ter ou não bolsas periodontais no 1º sextante está significativamente relacionado com o número de escovagens antes e durante a gravidez ($p=0,009$), a intensidade da relação é forte ($v\text{cramer}=51,1\%$). Pela análise da amostra as grávidas que antes e durante a gestação escovavam 1 ou 2 vezes os dentes apresentam uma tendência para apresentar mais bolsas periodontais no 1º sextante. Para as que escovavam 3 vezes existe uma tendência para não apresentar bolsas periodontais.

Número escovagens antes da gestação

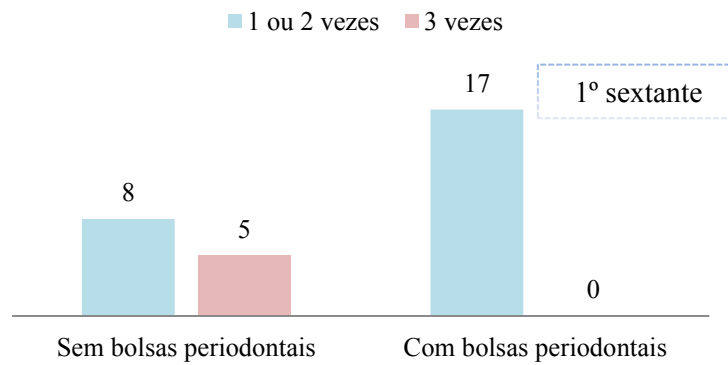


Gráfico 31: Bolsas periodontais no 1º sextante e nº de escovagens antes da gestação

Número escovagens durante a gestação

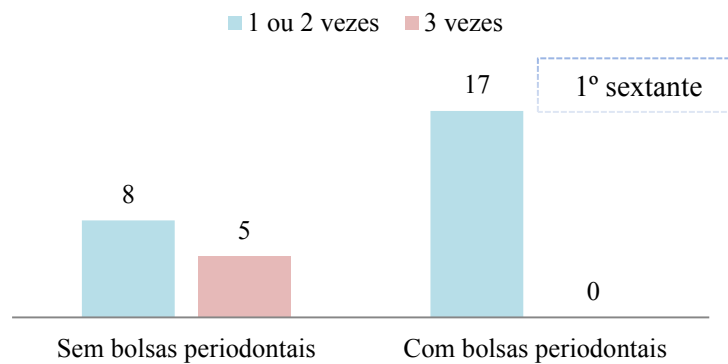


Gráfico 32: Bolsas periodontais no 1º sextante e nº de escovagens durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 33 a idade está significativamente relacionada ($p=0,038$) com a percepção de sentir ou não mais cáries durante a gestação, a intensidade da relação é forte ($v\text{ crammer}=56,4\%$). Pela análise da amostra podemos verificar que as gestantes com idade inferior ou igual a 30 anos têm tendência a não sentir um aparecimento de cárie, enquanto as com idade superior a 30 anos têm mais tendência a sentir aparecimento de cárie.

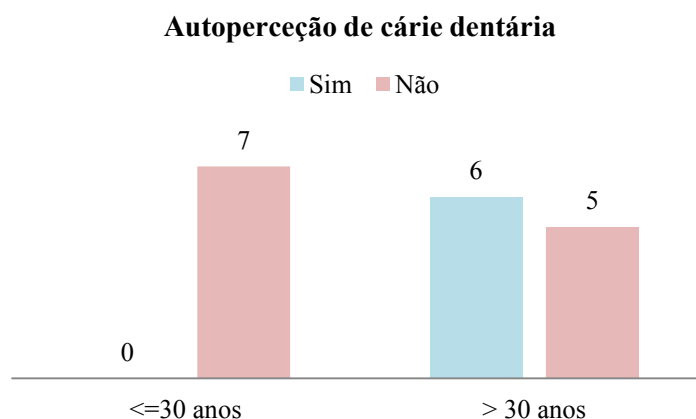


Gráfico 33: Idade e autopercepção de aparecimento de cárie dentária durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 34 a idade está significativamente relacionada ($p=0,05$) com a percepção dos vômitos recorrentes poderem ser a causa de alterações orais na gravidez, a intensidade da relação é forte (v crammer=57%). Pela análise da amostra podemos verificar uma tendência das grávidas com idade inferior ou igual a 30 anos a não referirem os vômitos como possível causa das alterações orais durante a gestação. Podemos verificar uma tendência inversa nas gestantes com idade superior a 30 anos pois têm tendência a referirem os vômitos recorrentes como possível causa das alterações orais que decorrem na gestação.

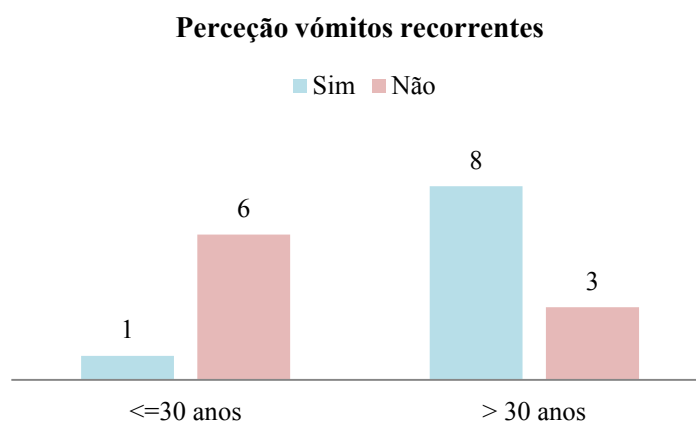


Gráfico 34: Idade e percepção dos vômitos recorrentes poderem ser uma das causas de alterações orais durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 35, existe uma relação significativa entre a habitação e a percepção da má higiene oral na gravidez poder estar relacionada com alterações orais ($p=0,023$), a intensidade da relação é forte (v cramer=59,8%). No meio

rural há uma menor percepção, pois nenhuma gestante relacionou as alterações orais decorrentes na gravidez com maus hábitos de higiene oral.

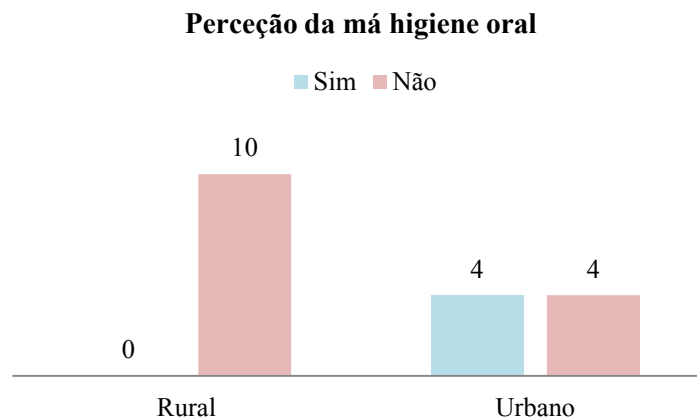


Gráfico 35: Habitação e percepção da má higiene oral poder ser a causa de alterações orais durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 36, existe uma relação significativa entre a habitação e a percepção dos vômitos recorrentes na gravidez poderem estar relacionados com alterações orais ($p=0,015$), a intensidade da relação é forte ($v \text{ cramer}=67,1\%$). Pela análise da amostra podemos observar uma tendência inversa entre o meio rural e urbano. No meio rural há uma tendência para as gestantes não relacionarem os vômitos recorrentes com as alterações decorrentes na gravidez, já as do meio urbano têm tendência para relacionar.

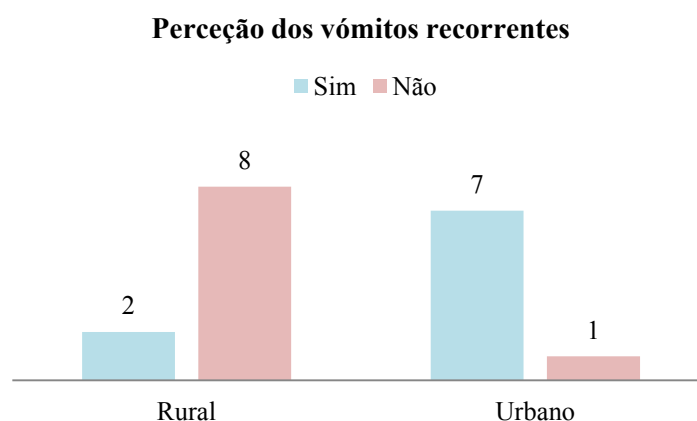


Gráfico 36: Habitação e percepção dos vômitos recorrentes poderem ser uma das causas de alterações orais durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 37, existe uma relação significativa entre a área profissional e a auto- percepção de aumento de cárie dentária durante a gravidez ($p=0,025$), a intensidade da relação é forte ($v \text{ cramer}=63,2\%$). Pela análise da amostra podemos observar uma tendência das gestantes de áreas profissionais não relacionadas com a saúde não referirem uma maior incidência de cárie na sua cavidade oral durante a gestação.

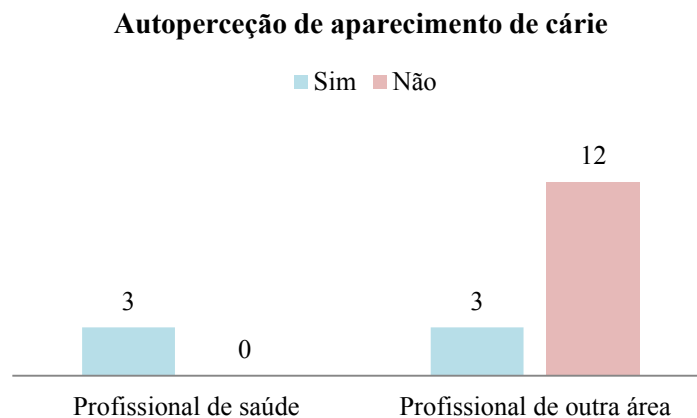


Gráfico 37: Área profissional e autopercepção de aparecimento de cárie dentária durante a gestação

Como podemos observar no gráfico 38, existe uma relação significativa entre a utilização ou não de elixir ou colutório e de autopercepção de aparecimento de erosão durante a gestação ($p=0,025$), a intensidade da relação é forte ($v \text{ cramer}=59,8\%$). Pela análise da amostra podemos observar uma tendência das gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório para não referirem sensação de aparecimento de erosão dentária.

Autopercepção de aparecimento de erosão

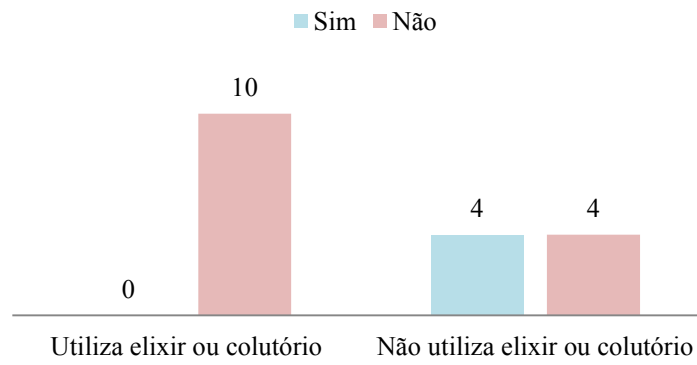


Gráfico 38: Utilização de elixir ou colutório e autopercepção de aparecimento de erosão dentária durante a gestação

V. Discussão dos resultados

5.1 Materiais e métodos

Uma das limitações deste estudo reside no facto de termos uma amostra de conveniência pequena. A deslocação à USF – Grão Vasco Viseu, revelou-se complicada uma vez que as consultas maternas coincidiam com o horário lectivo. O estudo só podia ser realizado em local específico, com boas condições de luminosidade uma vez que compreendia uma componente clínica observacional. Identificada esta contrariedade, recorreu-se a grávidas seguidas no SNS mas numa clínica privada em Cabeceiras para aumentar o tamanho da amostra.

Apesar deste facto este trabalho consistiu num estudo piloto e permitiu-nos verificar vários resultados estatisticamente significativos. Podemos encontrar na literatura vários estudos piloto em grávidas com uma amostra idêntica aquela que conseguimos recrutar (73-75).

Para uma maior fiabilidade dos resultados o investigador foi sempre o mesmo. O facto do questionário por entrevista ter sido realizado apenas por um interveniente pode ter diminuído algumas limitações inerentes à realização deste tipo de levantamento epidemiológico (76). A escolha da realização de um questionário por entrevista baseou-se principalmente no facto de este originar uma menor possibilidade de erro provocado pela falta de compreensão do inquirido. O questionário apresentava algumas questões específicas sobre saúde oral e poderia não ser compreendido pelas gestantes, sendo que a realização da entrevista facilitou a realização e compreensão do mesmo. O questionário por entrevista apresenta algumas vantagens face ao questionário escrito, pois é mais rápido, há um maior controlo do respondente e da quantidade de “não respostas”, diminuição do viés de resposta aleatória (77).

Como linha de orientação para a componente prática observacional baseámo-nos nas regras da OMS e no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. O PNPSO utilizou no “Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais” em 2008, o índice CPOD para avaliar presença de cárie e o índice ICP para avaliar a presença de doença periodontal. Neste trabalho também recorreremos aos índices supracitados.

Contudo, o nosso objetivo inicial era a utilização do ICDAS (Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries) como classificação da cárie, pois este método permite classificar com maior precisão as lesões cariosas. O ICDAS permite avaliar a extensão da cárie e o tipo de restauração, enquanto o CPOD se limita a avaliar quantitativamente o número de dentes cariados, perdidos e obturados (78). O índice

CPOD preconizado pela OMS transmite pouca informação sobre a doença e relativamente ao material de restauração. O levantamento epidemiológico mais recente (2015) efetuado pela DGS em associação com a Ordem dos Médicos Dentistas utilizou o ICDAS (III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais) como metodologia (79). Um estudo comparativo entre a metodologia ICDAS e CPOD na dentição decídua provou que, incluindo todos os códigos ICDAS, o número de lesões detetado é muito maior do que se forem utilizados os critérios da *WHO basic methods* (79).

O ICDAS permite a deteção precoce da lesão, possibilita uma intervenção minimamente invasiva e a previne a progressão da patologia. Por outro lado apresenta aspetos negativos como um maior tempo de observação, necessidade de boas condições de visibilidade e da superfície dentária seca (seringa de ar) para diagnóstico de lesões iniciais. (ICDAS FOUNDATION)

Posto isto, a escolha do ICDAS teria sido preferencial se as condições o permitissem. A necessidade de realizar uma observação clínica rápida e as condições de visibilidade do meio limitadas foram os fatores decisivos na escolha do índice CPOD, que apesar de menos completo também é muito utilizado em estudos de cárie (80) (81, 82). A utilização do CPOD permitiu-nos uma maior facilidade na comparação com outros estudos nomeadamente trabalhos mais antigos, no III Estudo Nacional os dados tiveram de ser convertidos em CPOD para maior facilidade de comparação com dados anteriores (79).

O ICP foi o mais indicado para este estudo, pois é indicado pela OMS, utilizado pelos estudos mais recentes da DGS (79) e é o mais preconizado para este tipo de levantamentos epidemiológicos (69-72).

5.2 Resultados

5.2.1 Caracterização da amostra

Podemos verificar uma distribuição mais ou menos homogénea de gestantes do 2º (n=15) e 3º trimestre (n=11) e uma discrepância no número de grávidas do 1º trimestre (n=4). Foram observadas poucas grávidas do 1º trimestre, acontecimento que poderá explicar-se pelo facto de algumas mulheres ainda não saberem que estão grávidas e por isso ainda não frequentarem a consulta de saúde materna.

A idade média das gestantes foi de 30,73 anos, o que se enquadra perfeitamente nas estatísticas nacionais. Segundo dados da DGS retirados do INE (Instituto Nacional de Estatística) relativamente ao grupo etário onde ocorrem com maior frequência mais nascimentos “em 1970-79, o grupo predominante era constituído pelas mulheres com 20-24 anos de idade, enquanto que em 1985 transitou para o grupo etário dos 25 - 29 anos. Note-se, também, que voltou a transitar, na última década, para o grupo etário seguinte (30-34 anos) ”(83). A amostra deste estudo insere-se neste último grupo etário característico da última década.

Relativamente às habilitações literárias podemos verificar que a grande maioria das gestantes (n=23) tinha concluído o ensino secundário ou superior. A amostra é portanto constituída por grávidas com um nível de escolaridade elevado o que nos leva a pensar que terão uma maior consciencialização e conhecimento. Em comparação com alguns estudos e de acordo com os dados apresentados pelo INE a nossa amostra tem habilitações literárias superiores à média (84).

Relativamente à área profissional a maioria não era profissional de saúde o que poderá influir sobre o conhecimento que as gestantes possuem sobre saúde e saúde oral.

Relativamente à habitação podemos verificar que a maioria residia no meio rural (63,3%).

5.2.2 Caracterização dos hábitos

Todas as pacientes referiram não consumir tabaco. Neste ponto, contudo, estaremos perante um viés de resposta de desejabilidade social, o que justifica que algumas gestantes responderam segundo aquilo que consideravam socialmente correto. Pois efectuando a avaliação intra-oral foi possível verificar características (pigmentação e manchas gengivais) e odor característico do fumador. Segundo a DGS , em 2014 a nível nacional 32,8% das mulheres entre os 15 e os 64 anos referiam o consumo de tabaco ao longo da vida (83).

Segundo a DGS “O consumo de tabaco é causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, doenças cerebrais e cardiovasculares e da diabetes. Apresenta, ainda, muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal” (83). O consumo

de tabaco deve ser evitado, principalmente durante a gestação, uma vez que a nicotina é extremamente prejudicial para o desenvolvimento do feto (85).

Relativamente aos hábitos alcoólicos todas as pacientes referiram não consumir álcool, o que se revela positivo, uma vez que o consumo de álcool durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento fetal.

Relativamente aos hábitos de higiene oral verificamos que o número de escovagens antes e durante a gravidez foi praticamente igual e a adoção de novas medidas de higiene oral foram referidas por poucas gestantes. A maioria realizava 2 escovagens diárias como recomendado pela DGS (62). No entanto, 23,3% referia realizar apenas uma escovagem diária, valor mais elevado do que as gestantes que referiam 3 escovagens diárias (16,7%). Devem ser realizadas duas escovagens diárias com uma pasta de dentes fluoretada (1000-1500 ppm de flúor) (62). 78,1% da população portuguesa com 18 anos e 74,5% da população entre os 35-44 anos refere escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia (79).

Metade das gestantes (50%) referiram utilizar fio dentário ou escovilhão na sua higiene oral quotidiana. A DGS recomenda a utilização diária de fio dentário. 65,9% da população em Portugal aos 18 anos e 51,1% entre os 35-44 anos refere não utilizar fio dentário (79). Tendo em conta o supracitado, a nossa amostra de gestantes refere uma utilização de fio dentário muito superior à média nacional.

Uma gestante relatou utilizar um suplemento de flúor (Zymafluor®, 4 gotas), recomendado pelo seu obstetra. Todas as restantes não estavam a ser suplementadas com flúor. Atualmente devido à falta de evidências científicas, não é recomendado a suplementação com flúor durante a gestação (8, 33). Parece haver uma consciencialização por parte de quem prescreve este tipo de suplementos na nossa amostra, uma vez que apenas uma gestante foi suplementada com flúor. Contudo essa suplementação não deveria ter sido recomendada por falta de evidências científicas. Outro aspeto controverso reside no facto de na bula do Infarmed do medicamento prescrito pelo obstetra, Zymafluor®, existir uma secção com indicações posológicas para gestantes, como podemos observar na figura 2.

Mulheres grávidas

Concentração de fluoreto (F) na água de consumo (mg/l)	< 0,3	0,3 – 0,7	> 0,7
Suplementação recomendada de flúor	mg / F / dia (gotas de Zymafluor)		
Mulheres grávidas	1,00 (16 gotas)	0,50 (8 gotas)	0

Figura 2- Zymafluor ® - Retirado do folheto informativo aprovado em 28-04-2014-Infarmed

5.2.3 Caracterização da gravidez

Como referido anteriormente a distribuição de gestantes do 2º (n=15) e 3º (n=11) trimestre é mais ou menos homogénea e apenas há 4 gestantes do 1º trimestre.

Todas as gestantes eram seguidas no Serviço Nacional de Saúde e 53,3% complementavam essas consultas com um seguimento no setor privado. Segundo um estudo realizado a gestantes da população adulta de Portugal Continental, para mais de 2/3 (82,9%) das mulheres a vigilância da gravidez do seu último filho foi realizada no âmbito dos cuidados de saúde públicos, enquanto 20,9% fizeram no setor privado, exclusivamente ou em complementaridade (86). Este estudo apresenta então comparativamente ao anterior, uma maior prevalência de seguimento no sector privado durante a gravidez.

33,30% das gestantes referiu uma gravidez de alto risco, sendo que a amostra deste estudo apresenta portanto uma elevada taxa de gravidez de alto risco. No estudo “Nascer em Portugal” as complicações na gravidez ocorreram apenas em 21,3% (84).

43% das gestantes referiram que esta era a sua 1ª gravidez. A maioria das gestantes (64,7%) que referiu já ter filhos, tinha apenas um. A nossa amostra está de acordo com a realidade nacional em que cada vez mais há uma diminuição do número de filhos por casal (87).

Relativamente ao número de semanas de gestação da gravidez anterior, duas gestantes referiram aborto na gravidez anterior (11,8%) e uma gestante (5,9%) referiu parto prematuro na última gestação (36 semanas). O resto das gestantes (82,3%) referiu partos anteriores entre as 37 e as 40 semanas, sendo as 39 semanas o valor mais prevalente (29,4%). 17,6% referiu aborto ou parto prematuro na gravidez anterior. Segundo a DGS “mais de 90% das gravidezes ocorridas em Portugal são de termo. Esta

relação impõe, contudo, leitura atenta, uma vez que um dos problemas atuais identificados pela comunidade científica é o aumento de nados-vivos prematuros” (83).

5.2.4 Caracterização da percepção das gestantes

46,7% das gestantes classifica a sua saúde oral antes da gestação como sendo “média”, 40% classifica como “boa” e apenas 10% considera como “má”. Durante a gestação a percepção de saúde oral mantém-se praticamente inalterada, à exceção de uma gestante que sente melhoria e de uma que sente deterioração. Metade das gestantes (50,0%) considera uma “média” saúde oral durante a gestação. Há mais gestantes a referirem uma “boa” saúde oral (33,3%) em relação a “má” saúde oral (10,0%). Contrariamente ao que era de prever, as gestantes não classificam de modo mais negativo a sua saúde oral durante a gestação. Contudo é um pouco contraditório, 60% consideraram que existiam alterações negativas na saúde oral durante a gestação. Isto pode revelar uma dificuldade na autocritica pessoal e na classificação da sua própria condição de saúde.

Comparativamente a um estudo realizado na Austrália em 2010 (15) e conforme retratado no gráfico 39, as gestantes da nossa amostra têm uma tendência a referir uma saúde oral “muito boa” muito inferior, sendo os resultados relativamente a uma “boa” saúde oral similares. A prevalência de gestantes a referirem uma saúde oral “média” é superior neste estudo. Em ambos os estudos referidos a “má” saúde oral é pouco referida, contudo no nosso estudo a prevalência é superior.

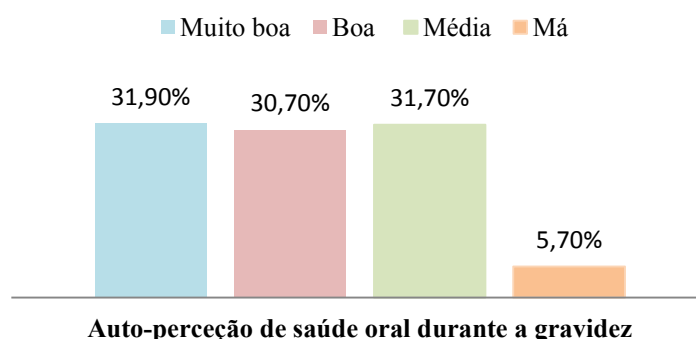


Gráfico 39: Autopercepção da saúde oral durante a gestação (Retirado e adaptado do artigo “Women’s attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy” 2010, Australia (15))

Todas as gestantes consideraram importante uma boa saúde oral durante a gestação o que mostra uma consciencialização por parte destas. Segundo a DGS “A Saúde Oral é fundamental para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. Uma boca saudável é condição essencial para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou embaraço. O impacto das doenças orais na vida diária das pessoas é subtil mas real mas a sua influência faz-se sentir nas nossas necessidades mais básicas, alterando os papéis sociais” (62). Uma boa saúde oral é fundamental ao longo de toda a vida, e ganha uma maior importância durante a gestação, uma vez que as gestantes são mais susceptíveis a certas patologias orais, as infeções orais da mãe podem levar a complicações gestacionais e pelo facto da cárie ser uma doença transmissível (8, 10, 30).

A maioria das gestantes refere que a dieta alimentar influencia a saúde oral na gestação, o que evidencia uma perceção correta por parte das grávidas acerca desta temática. O consumo de alimentos e bebidas com alto teor em açúcares e hidratos de carbono potencia o aparecimento de cárie dentária (26). Por outro lado, a incidência de cárie na gestação pode aumentar devido ao aumento de “snacks” e de uma alimentação rica em açúcares e hidratos de carbono (8). É comprovado cientificamente que a alimentação influencia o estado de saúde e em termos de riscos, os alimentos ricos em calorias, com elevados teores de sal, de açúcar e de gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o problema principal (83).

Todas as gestantes que referiram alterações negativas durante a gravidez sentiram as suas gengivas inflamadas e dor ao escovar. As alterações hormonais decorrentes na gravidez tornam esta etapa num período de maior sensibilidade e susceptibilidade à doença periodontal. Aproximadamente 60-75% das gestantes sofre de gengivite, estando o aumento de progesterona e estrogénios ligadas à reação inflamatória exagerada a irritantes locais (9, 36). A inflamação gengival pode levar a dor durante a escovagem, o que pode originar um défice de escovagem na região gengival, levando a uma maior acumulação de placa bacteriana e por consequente uma maior inflamação, formando assim um ciclo.

Foi encontrada uma elevada prevalência (66,7%) de gestantes a referiram a sensação de surgimento de sensibilidade dentária durante o período da gravidez. Os enjoos, vômitos e refluxo gastro esofágico podem estar associados a uma maior erosão dentária e por consequente a uma maior exposição da dentina o que pode levar à sensibilidade. 22,2% das gestantes referiram a sensação de surgimento de erosão

dentária. Esta condição pode ser um pouco difícil de “sentir” por parte das gestantes. A ocorrência de náuseas e vômitos é muito comum durante a gestação, sendo que em 70-85% das grávidas estes sintomas restringem-se ao 1º trimestre (30).

33,3% das gestantes referiu uma maior incidência de cárie durante a gestação e aquando da observação intra-oral observamos que a prevalência de cárie entre as gestantes era de 66,7%. O que revela uma falta de percepção acerca da própria condição oral. A gravidez por si só não leva ao aparecimento de cárie mas o maior consumo de hidratos de carbono e açúcar nesse período, assim como, à negligência da higiene oral podem agravar a situação pré-existente e potenciar o seu aparecimento (8, 12). Apenas 11,10% das gestantes referiu o surgimento de mobilidade dentária, tendo sido associado à substituição das bactérias aeróbias por bactérias anaeróbias (8).

Relativamente à percepção da causa das alterações orais na gestação a maioria (88,9%) das gestantes relacionou-as com as alterações hormonais, o que mostra uma correta percepção, pois as alterações a nível periodontal têm sido cientificamente associadas às mudanças hormonais (9, 36). 72,20% das gestantes refere a perda do cálcio dos dentes para o bebé como fator para alterações negativas na sua dentição. Há portanto a perpetuação deste mito, sendo que atualmente está comprovado que esta crença é errada (15). Apenas 22,20% o associou à má higiene oral o que demonstra uma dificuldade na autocritica pois a má higiene oral está associada ao agravamento das condições orais. 44% associou essas alterações a um maior consumo de açúcar: sabe-se que o aumento de uma dieta rica em açúcares e hidratos de carbono na gestação está associado a um aumento do aparecimento de cárie.

Quando questionadas acerca da relação açúcar-cárie a grande maioria (93%) referiu que o aumento de açúcar na dieta alimentar estava relacionado com um aumento do risco de cárie, o que demonstra uma consciencialização por parte das gestantes sobre esta temática.

A maioria das gestantes (60%) considera positivo escovar os dentes logo após um episódio de vômito. De acordo com a literatura as gestantes devem evitar escovar os dentes imediatamente após o vômito, e devem ser aconselhadas a bochechar com flúor ou uma solução de tamponamento como o bicarbonato de sódio de modo a remineralizar a estrutura dentária (8, 12, 14, 33).

17% das inquiridas referiu que o consumo de flúor sistémico durante a gestação influenciava positivamente a futura saúde dentária do bebé. Em teoria a suplementação com flúor sistémico durante a gestação poderia ser responsável por um efeito protetor e

preventivo no aparecimento de cárie no bebé, pois acreditava-se que o flúor administrado sistemicamente se incorporava na estrutura e a tornava mais resistente. Atualmente devido à falta de evidências a suplementação com flúor não é recomendada (8, 33).

Relativamente à percepção da influência do nível de vitamina D durante a gestação na saúde dentária da futura criança apenas 23% considerou haver uma relação. Atualmente pensa-se que uma maior ingestão de vitamina D materna possa estar associada a um menor risco de cáries dentárias em crianças (48, 49).

Mais de metade das inquiridas (57%) considerou que a toma de algumas medicações durante a gestação poderia levar a alterações dentárias no bebé. O uso de tetraciclina é contraindicado durante a gestação, uma vez que origina uma deposição nos tecidos dentários e ósseos do feto durante a calcificação, causando alterações na coloração (33, 61).

47% das gestantes consideraram que as infeções orais não poderiam estar relacionadas com problemas gestacionais, como o parto prematuro. Atualmente acredita-se que doenças do foro periodontal podem estar relacionadas com complicações gestacionais, como baixo peso à nascença e parto prematuro (10, 14, 34).

A grande maioria (63%) das gestantes referiu não saber se poderiam transmitir cárie aos seus filhos e 30% considerou que não poderia transmitir. Apenas uma minoria referiu a possibilidade de transmissão. Podemos aqui claramente verificar a falta de conhecimento das gestantes sobre esta temática sendo da máxima importância a correcta instrução. A cárie é uma doença transmissível e as bactérias responsáveis pela cárie dentária são tipicamente adquiridas durante a infância através da transmissão salivar mãe-filho (12, 17, 20).

53,30% das gestantes referiu que o 2º trimestre seria o melhor para a realização de tratamentos dentários, o que mostra uma correcta percepção por parte destas gestantes sobre esta temática. O tratamento dentário pode ser realizado em qualquer altura da gravidez, contudo o período de eleição encontra-se entre as 14 e 20 semanas de gestação (2º trimestre) (8, 12, 33).

Praticamente todas (90%) as gestantes consideraram perigosa a realização de exames radiográficos na consulta de medicina dentária durante a gravidez. A realização de exames radiográficos pode e é utilizada durante a gestação quando necessário e é considerado seguro (12, 33). Contudo deve-se apenas recorrer a este meio complementar de diagnóstico se estritamente necessário e com recurso a medidas de

proteção, como a utilização de coletes de chumbo (33, 62) . As radiografias dentárias envolvem o menor risco de radiação para o feto, de entre todos os procedimentos de diagnóstico radiográfico (64) . 63% das gestantes consideram perigoso a utilização de anestesia local na consulta de medicina dentária durante a gestação, o que demonstra falta de conhecimento sobre esta temática. Segundo a classificação da FDA a lidocaína está classificada na categoria B (33), sendo o uso considerado seguro (12, 30). A anestesia pode ser administrada com segurança durante a gravidez, contudo é importante a gestante informar o médico dentista sobre a sua condição para que este adote o agente anestésico e posologia à situação.

5.2.5 Caracterização da prevenção e promoção da saúde oral

A maioria das gestantes (89%) não realizou uma consulta com o seu médico dentista antes de engravidar. 30% refere não o ter feito por “não ter pensado nisso”, as restantes referem que “não achou necessário” ou “teve falta de tempo”, sendo que apenas 10% das gestantes referiu que não tinha sido uma gravidez planeada. Existe portanto um défice de consciencialização por parte das gestantes, que se pode refletir numa falha de informação dos profissionais de saúde no período pré-concepcional. O período pré-concepcional é o período de eleição para serem realizados tratamentos dentários e promover a saúde no período pré-concepcional e é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez e evitar futuras complicações (47).

90% das gestantes referiu estar informada acerca do direito da utilização de cheque dentista durante a gravidez mas apenas 44% o tinha utilizado até ao momento do questionário. O que reflete uma boa divulgação mas uma baixa adesão por parte das gestantes. No entanto os cheques dentistas podem ser utilizados até 60 dias após o nascimento, sendo que as gestantes ainda o poderão utilizar nesse período. Segundo dados da DGS, no período entre 27/05/2008 e 30/06/2010 foram emitidos 146.385 cheques dentistas e foram utilizados apenas 119.044, correspondendo a uma taxa de utilização de 81% (68). 97% das gestantes consideraram benéfico realizar uma consulta com o seu médico dentista antes de engravidar contudo 89% não o tinha feito. A grande maioria (93,3%) das gestantes considera positivo, a ida ao médico dentista na gestação mas apenas 44% tinha utilizado o cheque-dentista. A AAPD recomenda que todas as gestantes consultem o seu médico dentista durante o 1º trimestre da gravidez (8).

Apenas 23,3% das gestantes teve acesso a promoção da saúde oral e aconselhamento à grávida no período pré-natal, existindo portanto falta de promoção de saúde oral. A promoção e aconselhamento é principalmente fornecida pelos médicos dentistas (21). A instituição destes planos é da máxima importância, pois a gestação é o momento ideal para serem dados os ensinamentos, recomendações e realizadas as devidas desmitificações (10, 21, 58). 60% das gestantes consideraram não estar suficientemente informadas sobre saúde oral na gravidez, sendo esta a última questão do questionário por acreditarmos que desta forma tenha servido como reflexão para as gestantes.

5.2.6 Resultados da condição clínica

O CPOD médio das gestantes em estudo é de 11,63. A média de dentes cariados é de $2,65 \pm 3,737$, a média de dentes perdidos é de $1,67 \pm 2,617$ e a média de dentes obturados é de $7,33 \pm 3,698$. Embora a cárie esteja presente, nota-se que as gestantes têm preocupação em procurar tratamento médico-dentário, pois a média de dentes obturados é elevada.

33,3% das gestantes da amostra estavam livres de cárie e contrariamente ao que era de esperar relativamente à sua distribuição por trimestre, podemos verificar que 54,55% das gestantes do 3º trimestre, 20,00% das gestantes do 2º trimestre e 25,00% das gestantes do 1º trimestre estão livres de cárie. Há portanto mais gestantes livres de cárie no 1º trimestre do que no 3º trimestre. Isto poderá ser explicado pelo facto da cárie ter uma etiologia multifatorial e de existirem outros fatores predisponentes, como os hábitos alimentares e de higiene oral. Do mesmo modo o CPOD das gestantes do 1º trimestre é superior (15,00) ao das do 2º (11,27) e 3º (10,91) trimestre. Quanto à distribuição de gestantes livres de cárie por habitação verificamos que a percentagem era superior no meio urbano (45,45%). O CPOD no meio rural (13,63) é superior ao do meio urbano (8,18). Este resultado leva a inferir que as gestantes do meio urbano tendem a apresentar menos cárie. Possivelmente possuem melhores hábitos de higiene oral, uma alimentação mais equilibrada e uma maior preocupação com a saúde oral.

Segundo o III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais (79), o CPOD aos 18 anos é de 2,51 e entre os 35-44 anos é de 10,30. A percentagem de pessoas livres de cárie aos 18 anos é de 32,4% e de apenas 3,0% entre os 35-44 anos. A média CPOD da nossa amostra é de 11,63, sendo portanto relativamente superior à média nacional.

Comparativamente com outros estudos realizados em gestantes, o CPOD da nossa amostra era semelhante ou inferior (81, 82).

Relativamente ao ICP, há uma maior prevalência de sextantes com bolsas periodontais superiores ou igual a 6 mm nas gestantes do 3º trimestre (16,67%) e não foram registados nenhuns sextantes com ICP4 nas grávidas do 1º trimestre. A percentagem de sextantes com bolsas entre 4-5mm é maior nas do 3º trimestre, decrescendo sucessivamente nas gestantes do 2º e 1º trimestre. Deste modo podemos observar uma maior severidade da doença periodontal nas grávidas do 3º trimestre. As gestantes do 1º trimestre têm um maior número de sextantes com hemorragia à sondagem. Segundo a literatura a prevalência de alterações gengivais durante a gestação é considerável (10, 36). As alterações hormonais na gestação parecem ter efeitos no periodonto, pois há um aumento da vascularização e da permeabilidade dos capilares gengivais, criando-se condições anatómicas regionais favoráveis ao desenvolvimento de alguns agentes patogénicos (38).

Dada a prevalência da doença periodontal e segundo a literatura a nossa amostra poderá ter um risco acrescido de apresentar complicações gestacionais (10, 34, 40).

Quando comparado com outro estudo similar, e como podemos observar nos gráficos 25 e 40, a prevalência de bolsas periodontais maiores ou iguais a 6mm é mais elevada no nosso estudo. Em ambos os casos a prevalência de sextantes saudáveis é baixa. Podemos verificar que no estudo comparativo há uma maior prevalência de sextantes com bolsas entre 4-5mm no meio urbano e no nosso estudo a tendência é para o meio rural (80). Podemos verificar uma maior severidade da doença periodontal na nossa amostra.

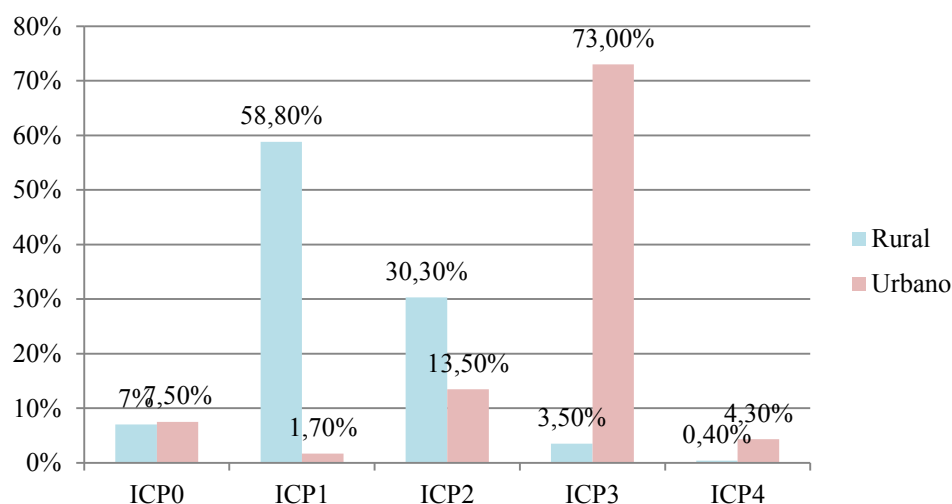


Gráfico 40: Prevalência de sextantes com doença periodontal no meio rural no meio urbano.
 (Retirado e adaptado do artigo “Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka” 2012, Sri Lanka (80))

5.2.7 Resultados com significância estatística

Existe uma relação significativa entre o CPOD médio e o meio de habitação ($p=0,001$). Sendo que o CPOD médio do meio rural é significativamente superior ($13,63 \pm 4,597$) ao CPOD médio do meio urbano ($8,18 \pm 2,892$). Deste modo as gestantes que habitam em regiões rurais têm um CPOD mais elevado, portanto maior prevalência da doença. Este facto poderá dever-se a fatores como menor acesso a informação, maus hábitos de higiene oral ou alimentares. Este resultado está de acordo com a literatura, atualmente existem evidências crescentes que sugerem que os fatores sociodemográficos podem estar associados a um risco aumentado de cárie (32, 88). Nas grávidas essa relação ainda não está bem esclarecida. A relação entre os fatores raciais, étnicos, socioeconômicos e o estado de saúde oral está bem documentado na população em geral nos Estados Unidos da América. Destaca-se que a população com baixo rendimento e socialmente desfavorecida tem uma pior saúde oral. No entanto, existe pouca literatura sobre as disparidades sociodemográficas avaliadas clinicamente em mulheres grávidas nos EUA (39).

Existem diferenças significativas no CPOD médio entre os diferentes níveis de escolaridade ($p=0,003$). O CPOD médio das grávidas com escolaridade até ao 9º ano ($16,71 \pm 6,102$) é significativamente superior ($p=0,004$) ao CPOD médio das grávidas com escolaridade 10º-12º ($9,75 \pm 3,415$) e significativamente superior ($p=0,012$) ao das

grávidas com escolaridade superior ($10,45 \pm 2,841$). Os níveis de instrução mais baixos estão relacionados com uma maior gravidade e prevalência de cárie. Isto poderá levar-nos a pensar que grávidas com maior escolaridade têm maior consciencialização e apresentam maiores cuidados com a sua saúde oral, o que se pode refletir numa menor prevalência de cárie.

Existe uma relação significativa entre a presença de bolsas periodontais no 6º sextante com o trimestre de gestação ($p=0,029$). Parece haver uma tendência entre o grupo de grávidas sem bolsas periodontais estarem no 1º ou 2º semestre de gestação.

Existe uma relação significativa entre a presença de bolsas no 3º sextante com o trimestre de gestação. Pela análise da amostra parece haver uma tendência invertida, ou seja, uma tendência para as grávidas do 1º e 2º trimestre não apresentarem bolsas periodontais e tendência para as grávidas do 3º trimestre apresentarem bolsas periodontais. As grávidas do 3º trimestre têm portanto mais tendência a apresentar bolsas periodontais no 3º e 6º sextantes em relação às gestantes do 1º e 2º trimestre. O que nos leva a influir que as grávidas do 3º trimestre têm uma condição periodontal mais exacerbada. O 3º e 6º sextantes localizam-se em zonas posteriores pelo que as gestantes poderão ter maior dificuldade em higienizar a zona, o que poderá levar a uma maior acumulação de placa, que é um agente irritante. Na gravidez há uma resposta exagerada aos irritantes locais, que leva ao desencadeamento da doença periodontal (14).

Existem diferenças significativas no número de sextantes com cálculo em relação à caracterização da gravidez, ao número de escovagens durante a gestação e em relação ao fato de utilizar ou não elixir ou colutório.

Em média o número de sextantes com cálculos nas grávidas que realizam 3 escovagens diárias ($2,8 \pm 0,837$) é significativamente superior ($p=0,015$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que escovam 1 ou 2 vezes ao dia ($1,48 \pm 1,388$). Contrariamente ao que era de esperar, as gestantes que realizam maior número de escovagens têm um maior número de sextantes com cálculo. Contudo isso poderá ser explicado pelo facto das gestantes terem perceção desse mesmo cálculo e por isso adotarem mais medidas de higiene.

Em média o número de sextantes com cálculos nas grávidas que não realizam bochechos com elixir ou colutório ($2,28 \pm 1,447$) é significativamente superior ($p=0,003$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório ($0,83 \pm 1,447$). O facto de as gestantes se dedicarem à higiene oral e estarem

dispostas a adotar o uso de um colutório demonstra uma maior preocupação e cuidado com a sua higiene oral, o que poderá explicar o menor número

O facto de ter bolsa periodontal no 2º sextante e a adoção de novas medidas de higiene oral estão significativamente relacionadas ($p=0,001$). Há mais grávidas com bolsas periodontais nas que adotaram novas medidas de higiene oral durante a gestação. Isto pode ser explicado uma vez que as gestantes após sentirem alterações orais visitam o seu médico dentista e são aconselhadas a adotar novas medidas de higiene oral ou pelo simples facto de se aperceberem das alterações gengivais e adotarem novas medidas.

O facto de ter bolsas periodontais no 1º sextante está significativamente relacionado com o número de escovagens antes e durante a gravidez ($p=0,009$). As grávidas que antes e durante a gestação escovavam 1 ou 2 vezes os dentes por dia apresentam uma tendência para apresentar mais bolsas periodontais no 1º sextante. Para as que escovavam 3 vezes existe uma tendência para não apresentar bolsas periodontais. Uma correta remoção da placa bacteriana é um fator coadjuvante para a manutenção de uma boa saúde periodontal.

A idade está significativamente relacionada ($p=0,05$) com a perceção dos vómitos recorrentes poderem ser a causa de alterações orais na gravidez. Há uma tendência das grávidas de idade inferior ou igual a 30 anos não referirem os vómitos como possível causa das alterações orais durante a gestação. É uma tendência inversa nas gestantes de idade superior a 30 anos, que referiram os vómitos recorrentes como possível causa. Contrariamente ao esperado, as gestantes com idade superior apresentam uma maior perceção sobre esta temática pois os enjoos, vómitos e refluxo gástrico podem estar associados a uma maior erosão dentária e por consequente a uma maior exposição da dentina o que pode levar a uma sensibilidade dentária.

Existe uma relação significativa entre a utilização de elixir ou colutório e a autoperceção de aparecimento de erosão durante a gestação ($p=0,025$). Podemos observar uma tendência das gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório para não referirem sensação de aparecimento de erosão dentária. Isto pode ser explicado pelo facto da maioria dos elixir/colutórios terem na sua composição flúor, permitindo a remineralização do esmalte e diminuição da sensibilidade dentária. Existem evidências que o flúor pode ajudar no fortalecimento dos tecidos dentários aos danos causados pela erosão ácida. A aplicação de agentes contendo altas concentrações de flúor podem ser abordagens potencialmente eficazes na prevenção de erosão dentária (44).

A idade está significativamente relacionada ($p=0,038$) com a percepção de sentir ou não mais cáries durante a gestação. Pela análise da amostra podemos verificar que as gestantes com idade inferior ou igual a 30 anos têm tendência a não terem percepção de um aparecimento de cárie, enquanto as com idade superior a 30 anos têm mais tendência a referir essa percepção. Uma maior idade poderá estar relacionada com um melhor acesso a informação, melhor hábitos de higiene oral, uma maior preocupação com assuntos relacionados com a saúde oral o que se poderá refletir numa melhor autopercepção da cárie.

Existe uma relação significativa entre a área profissional e a auto- percepção de aumento de cárie dentária durante a gravidez ($p=0,025$). Existe uma tendência das gestantes de áreas profissionais de saúde referirem uma maior incidência de cárie na sua cavidade oral durante a gestação. Isto poderá dever-se ao facto das gestantes que trabalham na área da saúde terem mais e melhor acesso a informação sobre saúde oral e uma maior preocupação com assuntos relacionados com saúde, o que se poderá refletir numa melhor autopercepção da cárie.

VI. Conclusões

Depois de realizada a totalidade das tarefas inerentes aos objetivos previamente definidos para o corrente trabalho de investigação, concluímos que:

1. Apenas 23,3% das gestantes teve acesso a promoção da saúde oral e aconselhamento à grávida no período pré-natal uma vez que 76,7% das gestantes referiu não ter recebido informação sobre saúde oral durante este período. A promoção e aconselhamento é principalmente fornecida pelos médicos dentistas.
2. A maioria das gestantes (89%) não realizou uma consulta com o seu médico dentista antes de engravidar. 30% refere não o ter feito por “não ter pensado nisso”, as restantes referem que “não achou necessário” ou “teve falta de tempo”, sendo que apenas 10% das gestantes referiu que não tinha sido uma gravidez planeada. Existe portanto um défice de consciencialização por parte das gestantes, que se pode refletir numa falha de informação dos profissionais de saúde no período pré-concepcional.
3. A perceção da maioria das gestantes sobre a sua condição oral é de manutenção durante a gravidez. Apenas uma referiu um ligeiro deterioramento e outra referiu uma ligeira melhoria. A maioria das gestantes considera que tem uma saúde oral “média” antes e durante a gestação. A prevalência de grávidas que consideram que possuem uma má saúde oral é relativamente baixa (10%).
4. A maioria (60,0%) das gestantes considera que a gestação altera negativamente a saúde oral. A totalidade destas refere ter sentido alterações a nível gengival, incluindo inflamação e dor aquando da escovagem e uma grande percentagem (66,7%) refere ter sentido um aumento da sensibilidade dentária. Quanto à cárie apenas 33,3% referiu notar o seu aparecimento.
5. Todas as gestantes consideram importante uma boa saúde oral durante a gestação. Observa-se a perpetuação do mito da perda do cálcio dos dentes da mãe para o bebé (72,2%). As grávidas parecem não ter perceção (22,2%) que a má higiene oral pode levar ao agravamento da condição dentária durante a gravidez. Contudo demonstraram conhecer (88,9%) o envolvimento das alterações hormonais nas alterações orais durante a gestação. As grávidas demonstraram não saber que se deve evitar a escovagem logo após um episódio de vômito, uma vez que 60,0% referiu que tal devia ser feito. As grávidas consideram perigoso a realização de exames radiográficos (90,0%) e o uso de

anestesia local (63,3%) na consulta de medicina dentária, contudo a grande maioria considera positiva a ida ao médico dentista durante a gestação.

6. A maioria das gestantes não altera os seus hábitos de higiene oral durante a gestação. A frequência de escovagens diárias mantém-se, à exceção de uma grávida que referiu mais uma escovagem do que o habitual. Poucas gestantes adotam novas medidas de higiene oral (16,7%).
7. As gestantes não estão conscientes acerca da transmissão vertical da cárie para os seus filhos. Apenas 16,7% referiu que poderia haver transmissão mãe/filho.
8. A prevalência de grávidas livres de cáries é maior no 3º trimestre. O CPOD é maior nas gestantes do 1º trimestre (15,00) do que nas do 2º (11,27) e 3º (10,91) trimestre. Há uma maior prevalência de sextantes com bolsas periodontais superiores ou igual a 6 mm nas gestantes do 3º trimestre (16,67%) e não foram registados nenhuns sextantes com ICP4 nas grávidas do 1º trimestre. A percentagem de sextantes com bolsas entre 4-5mm é maior nas do 3º trimestre, decrescendo sucessivamente nas gestantes do 2º e 1º trimestre. As do 1º trimestre têm um maior número de sextantes com hemorragia à sondagem. Existe uma relação significativa entre a presença de bolsas periodontais no 6º sextante com o trimestre de gestação ($p=0,029$). Parece haver uma tendência entre o grupo de grávidas sem bolsas periodontais estarem no 1º ou 2º semestre de gestação. Existe uma relação significativa entre a presença de bolsas no 3º sextante com o trimestre de gestação. Pela análise da amostra parece haver uma tendência invertida, ou seja, uma tendência para as grávidas do 1º e 2º trimestre não apresentarem bolsas periodontais e tendência para as grávidas do 3º trimestre apresentarem bolsas periodontais.
9. Existe uma relação significativa entre o CPOD médio e o meio de habitação ($p=0,001$). Sendo que o CPOD médio do meio rural é significativamente superior ($13,63 \pm 4,597$) ao CPOD médio do meio urbano ($8,18 \pm 2,892$). Existem diferenças significativas no CPOD médio entre os diferentes níveis de escolaridade ($p=0,003$). O CPOD médio das grávidas com escolaridade até ao 9º ano ($16,71 \pm 6,102$) é significativamente superior ($p=0,004$) ao CPOD médio das grávidas com escolaridade 10º-12º ($9,75 \pm 3,415$) e significativamente superior ($p=0,012$) ao das grávidas com escolaridade superior ($10,45 \pm 2,841$). A prevalência de gestantes livres de cárie é maior no meio urbano do que no meio rural.

10. Existem diferenças significativas no número de sextantes com cálculo em relação ao número de escovagens durante a gestação e em relação ao fato de utilizar ou não elixir ou colutório. Em média o nº de sextantes com cálculos nas grávidas que realizam 3 escovagens diárias ($2,8 \pm 0,837$) é significativamente superior ($p=0,015$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que escovam 1 ou 2 vezes ao dia ($1,48 \pm 1,388$). Em média o nº de sextantes com cálculos nas grávidas que não realizam bochechos com elixir ou colutório ($2,28 \pm 1,447$) é significativamente superior ($p=0,003$) ao número de sextantes com cálculo em gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório ($0,83 \pm 1,447$). O fato de ter bolsa periodontal no 2º sextante e a adoção de novas medidas de higiene oral estão significativamente relacionadas ($p=0,001$). Há mais grávidas com bolsas periodontais nas que adotaram novas medidas de higiene oral durante a gestação. O fato de ter bolsas periodontais no 1º sextante está significativamente relacionado com o número de escovagens antes e durante a gravidez ($p=0,009$). As grávidas que antes e durante a gestação escovavam 1 ou 2 vezes os dentes apresentam uma tendência para apresentar mais bolsas periodontais no 1º sextante. Para as que escovavam 3 vezes existe uma tendência para não apresentar bolsas periodontais. A idade está significativamente relacionada ($p=0,05$) com a percepção dos vômitos recorrentes poderem ser a causa de alterações orais na gravidez. Há uma tendência das grávidas de idade inferior ou igual a 30 anos a não referirem os vômitos como possível causa das alterações orais durante a gestação. E uma tendência inversa nas gestantes de idade superior a 30 anos, que referiram os vômitos recorrentes como possível causa. Existe uma relação significativa entre a utilização de elixir ou colutório e a autopercepção de aparecimento de erosão durante a gestação ($p=0,025$). Podemos observar uma tendência das gestantes que realizam bochechos com elixir ou colutório para não referirem sensação de aparecimento de erosão dentária. A idade está significativamente relacionada ($p=0,038$) com a percepção de sentir ou não mais cáries durante a gestação. Pela análise da amostra podemos verificar que as gestantes com idade ≤ 30 anos têm tendência a não terem percepção de um aparecimento de cárie, enquanto as com idade superior a 30 anos têm mais tendência a referir essa percepção. Existe uma relação significativa entre a área profissional e a auto-percepção de aumento de cárie dentária durante a gravidez ($p=0,025$). Existe

uma tendência das gestantes de áreas profissionais não relacionadas com a saúde não referirem uma maior incidência de cárie na sua cavidade oral durante a gestação.

11. As medidas do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral parecem estar em funcionamento uma vez que 90% das gestantes referiu saber que tinha direito à utilização de cheque-dentista. Contudo até à data do questionário apenas 43,3% o tinha utilizado.
12. As gestantes foram instruídas acerca de hábitos quotidianos a evitar para prevenir a transmissão vertical da cárie: não colocar objetos na boca da criança que tenham estado em contacto com a saliva dos cuidadores (ex: chuchas, biberão, colher, etc) e evitar beijos na boca.
13. Foi transmitida às gestantes a importância de visitarem o seu médico dentista de 3 em 3 meses e a realizarem uma destartarização no 1º trimestre de gravidez. Adiantou-se ainda que idealmente a consulta e os tratamentos eletivos deveriam ser realizados no período pré-concepcional.
14. Motivou-se as gestantes a adotarem boas medidas de higiene oral, nomeadamente a realização de escovagem dentária pelo menos duas vezes ao dia com uma escova macia e pasta dentífrica fluoretada (1000-1500 ppm), de acordo com a técnica de Stillman Modificada e utilização de fio dentário.
15. As grávidas foram incentivadas a realizarem uma alimentação equilibrada e a evitar “snacks” entre as refeições. Assim como, evitar escovar os dentes logo após um período de vômito ou refluxo e bochechar com água ou uma solução fluoretada.

Bibliografia

1. Mendes IM. *Ligação Materno-Fetal*. 1 ed 2002. 125 p.
2. Branden PS. *Enfermagem Materno-Infantil*. 2 ed 2000. 524 p.
3. Hagai A, Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy A. Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment: A prospective comparative cohort study. *Journal of the American Dental Association*. 2015;146(8):572-80.
4. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med*. 2006;355(18):1885-94.
5. Parihar AS, Katoch V, Rajguru SA, Rajpoot N, Singh P, Wakhle S. Periodontal Disease: A Possible Risk-Factor for Adverse Pregnancy Outcome. *Journal of international oral health : JIOH*. 2015;7(7):137-42.
6. Kayar NA, Alptekin NO, Erdal ME. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism, adverse pregnancy outcome and periodontitis in Turkish women. *Archives of oral biology*. 2015;60(12):1777-83.
7. Lowdermilk DL. *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* 2012. 1024 p.
8. Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent. *American Academy Of Pediatric Dentistry*. 2012;37.
9. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange Kessler J. Oral Health in Pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 2016.
10. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2015;43(5):385-96.
11. Teixeira D, Calhau C, Vicente L, Graça P. Alimentação e nutrição na gravidez. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Alimentação e Nutrição na Gravidez*. 2015.
12. Kumar J, Samelson R, Burakoff R, Minkoff H. *Oral Health Care during Pregnancy and Early Childhood* New York State Department of Health. 2006.
13. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth*. 2012;39(3):238-47.
14. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am*. 2013;57(2):195-210.
15. Keirse MJ, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med*. 2010;38(1):3-8.
16. Molina-Frecherio N, Duran-Merino D, Castaneda-Castaneira E, Juarez-Lopez ML. [Dental caries experience and its relation to oral hygiene in Mexican children]. *Gac Med Mex*. 2015;151(4):485-90.
17. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *American Academy Of Pediatric Dentistry*. 2008;37.
18. Prasai Dixit L, Shakya A, Shrestha M, Shrestha A. Dental caries prevalence, oral health knowledge and practice among indigenous Chepang school children of Nepal. *BMC oral health*. 2013;13:20.
19. Tanner AC. Anaerobic culture to detect periodontal and caries pathogens. *J Oral Biosci*. 2015;57(1):18-26.
20. Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res*. 2016;95(1):35-42.

21. Meyer K, Geurtsen W, Gunay H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. *Clinical oral investigations*. 2010;14(3):257-64.
22. Vasiliauskiene I, Milciuviene S, Bendoraitiene E, Narbutaite J, Slabsinskiene E, Andruskeviciene V. Dynamics of pregnant women's oral health status during preventive programme. *Stomatologija*. 2007;9(4):129-36.
23. Kleinberg I. A mixed-bacteria ecological approach to understanding the role of the oral bacteria in dental caries causation: an alternative to *Streptococcus mutans* and the specific-plaque hypothesis. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2002;13(2):108-25.
24. Takahashi N, Nyvad B. The role of bacteria in the caries process: ecological perspectives. *J Dent Res*. 2011;90(3):294-303.
25. Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C, et al. Maternal dental caries and pre-term birth: results from the EPIPAP study. *Acta Odontol Scand*. 2011;69(4):248-56.
26. Gupta P, Gupta N, Pawar AP, Birajdar SS, Natt AS, Singh HP. Role of sugar and sugar substitutes in dental caries: a review. *ISRN dentistry*. 2013;2013:519421.
27. Amann DGv. Saúde Oral: Administração de flúor. In: DGS DGdS-, editor. 2002.
28. Lima J. Cárie dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(6):119-30.
29. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015;94(1):10-8.
30. Ellen J. Stein M, MPH ; Jane A. Weintraub, DDS, MPH; Carolyn Brown, DDS ; Jeanne Conry, MD; Gary C. Armitage, DDS, MS ; et al. Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals. 2010.
32. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006;10(5 Suppl):S169-74.
33. Cengiz SB. The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence Int*. 2007;38(3):e133-42.
34. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2006;113(2):135-43.
35. Vanterpool SF, Tomsin K, Reyes L, Zimmermann LJ, Kramer BW, Been JV. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with periodontal disease and the effectiveness of interventions in decreasing this risk: protocol for systematic overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):16.
36. Resende MdS. Doença Periodontal, Tabaco e Risco de Parto Pré-Termo e Restrição de Crescimento Fetal [Doutoramento]: Universidade de Medicina Dentária-Universidade do Porto; 2011.
37. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):1-6.
38. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(1):43-8.
39. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2014;42(2):151-9.

40. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. *BMC oral health*. 2016;16:36.
41. Soucy-Giguere L, Tetu A, Gauthier S, Morand M, Chandad F, Giguere Y, et al. Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Study in a Low-Risk Population. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2016;38(4):346-50.
42. Harjunmaa U, Jarnstedt J, Alho L, Dewey KG, Cheung YB, Deitchler M, et al. Association between maternal dental periapical infections and pregnancy outcomes: results from a cross-sectional study in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2015;20(11):1549-58.
43. Neville B DD, Allen C, Bouquot J. *Patologia Oral e Maxilofacial*: Elsevier Editora Ltda.; 2009.
44. Magalhaes AC, Wiegand A, Rios D, Buzalaf MA, Lussi A. Fluoride in dental erosion. *Monographs in oral science*. 2011;22:158-70.
45. Popa AD, Nita O, Graur Arhire LI, Popescu RM, Botnariu GE, Mihalache L, et al. Nutritional knowledge as a determinant of vitamin and mineral supplementation during pregnancy. *BMC Public Health*. 2013;13:1105.
46. Mir SA, Masoodi SR, Shafi S, Hameed I, Dar MA, Bashir MI, et al. Efficacy and safety of Vitamin D supplementation during pregnancy: A randomized trial of two different levels of dosing on maternal and neonatal Vitamin D outcome. *Indian J Endocrinol Metab*. 2016;20(3):337-42.
47. George F. Prestação de cuidados pré-concepcionais. In: *Saúde D-Gd*, editor. 2006.
48. Tanaka K, Hitsumoto S, Miyake Y, Okubo H, Sasaki S, Miyatake N, et al. Higher vitamin D intake during pregnancy is associated with reduced risk of dental caries in young Japanese children. *Ann Epidemiol*. 2015;25(8):620-5.
49. Schroth RJ, Lavelle C, Tate R, Bruce S, Billings RJ, Moffatt ME. Prenatal vitamin D and dental caries in infants. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1277-84.
50. Mousa A, Abell S, Scragg R, Courten B. *Vitamin D in Reproductive Health and Pregnancy*. Semin Reprod Med. 2016.
51. Rompante P. Mecanismos preventivos do flúor e cárie dentária. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2009;40(5):223-8.
52. Kanduti D, Sterbenk P, Artnik B. Fluoride: A Review of Use and Effects on Health. *Mater Sociomed*. 2016;28(2):133-7.
53. Zero DT. Dentifrices, mouthwashes, and remineralization/caries arrestment strategies. *BMC oral health*. 2006;6 Suppl 1:S9.
54. Lenzi TL, Montagner AF, Soares FZ, de Oliveira Rocha R. Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions?: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Dental Association*. 2016;147(2):84-91 e1.
55. Duarte M. Os Fluoretos na água de consumo humano In: *Saúde Md*, editor. 2008.
56. Guideline on Fluoride Therapy. *American Academy of Pediatric Dentistry* 2014;37.
57. Maturo P, Costacurta M, Perugia C, Docimo R. Fluoride supplements in pregnancy, effectiveness in the prevention of dental caries in a group of children. *Oral Implantol (Rome)*. 2011;4(1-2):23-7.
58. Almeida C, Barros L, Costa I, Alves M. *Promoção da Saúde Oral : Contributos para a Organização e Aplicação de Programas 1ª ed 2010*. 218 p.

59. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric Provider Approach to Perinatal Oral Health. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2016;1-13.
60. Lee RS, Milgrom P, Huebner CE, Conrad DA. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health. 2010;20(5):359-65.
61. Vennila V, Madhu V, Rajesh R, Ealla KK, Velidandla SR, Santoshi S. Tetracycline-induced discoloration of deciduous teeth: case series. Journal of international oral health : JIOH. 2014;6(3):115-9.
62. Céu A, Branco L, Jordão M, Araújo M, Calado R. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B. In: Saúde DGd, editor. 1ª ed 2011.
63. Vasconcelos R, Vasconcelos M, Marfra R, Júnior L, Queiroz L, Barboza C. Dental care in pregnant patients: how to proceed with safety. Revista Brasileira de Odontologia. 2012.
64. Kelaranta A, Ekholm M, Toroi P, Kortensniemi M. Radiation exposure to foetus and breasts from dental X-ray examinations: effect of lead shields. Dentomaxillofac Radiol. 2016;45(1):20150095.
65. Ramazani N, Zareban I, Ahmadi R, ZadSirjan S, Daryaeian M. Effect of Anticipatory Guidance Presentation Methods on the Knowledge and Attitude of Pregnant Women Relative to Maternal, Infant and Toddler's Oral Health Care. J Dent (Tehran). 2014;11(1):22-30.
66. Despacho n.º 12889/2015 - Diário da República n.º 223/2015, Série II de 2015, (2015).
67. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral, (2014).
68. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS. In: Ministério da Saúde, 2010.
69. Cádima CF, Amann GPV. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. In: Ministério da Saúde, editor. 2008. p. 126 p.
70. Organization WH. Oral health surveys: Basics Methods. 5 th ed: WHO Library 2013.
71. Rekhi A, Marya CM, Oberoi SS, Nagpal R, Dhingra C, Kataria S. Periodontal status and oral health-related quality of life in elderly residents of aged care homes in Delhi. Geriatr Gerontol Int. 2016;16(4):474-80.
72. Gautam NR, Gautam NS, Rao TH, Koganti R, Agarwal R, Alamanda M. Effect of end-stage renal disease on oral health in patients undergoing renal dialysis: A cross-sectional study. J Int Soc Prev Community Dent. 2014;4(3):164-9.
73. Lima A, Araújo R, Pitangui A. Analysis of posture and frequency of low back pain in pregnant women: pilot study. J Health Sci Inst 2011;29(4):290-3.
74. Amason JS, Lee SY, Aduddell K, Hewell SW, Van Brackle L. Pilot Feasibility Study of an Educational Intervention in Women With Gestational Diabetes. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG. 2016.
75. George A, Lang G, Johnson M, Ridge A, de Silva AM, Ajwani S, et al. The evaluation of an oral health education program for midwives in Australia. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives. 2016;29(3):208-13.
76. Sequeira C, Carvalho J, Martins T, Rodrigues T. Saúde e Qualidade de vida em Análise Porto: ESEP, 2009. ed. Porto ESdEd, editor.
77. Rosa LV. Inquéritos e Sondagens. LeYa, 2013.

78. Pitts NB, Ekstrand KR, Foundation I. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2013;41(1):e41-52.
79. Calado R, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. In: Dentistas DGdSeOdM, editor. 2015.
80. Karunachandra NN, Perera IR, Fernando G. Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka. *Rural and remote health*. 2012;12:1902.
81. Moimaz S, Santos K, Queiroz A, Garbim C. Dental Caries prevalence in pregnant women attending in The National Health System in City of São Paulo state. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2011;32(1):44-8.
82. Jeremias F, Junior A, Tagliaferro E, Rosel F. Self-perception and oral health status in pregnant women. *Odontol Clín-Cient*. 2010;9(4).
83. A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015. In: Saúde DGS, 2015.
84. Loureiro R, Ferreira M, Freitas P. Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo. *Scielo Portugal*. 2014;286.
85. Holbrook BD. The effects of nicotine on human fetal development. *Birth defects research Part C, Embryo today : reviews*. 2016.
86. Cabral M, Silva P. Cuidados materno-infantis em Portugal. *Saúde Infantil*. 2009;31(1):41-2.
87. Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança. Instituto Nacional de Estatística. 2013.
88. Antunes J, Mello T. Individual and contextual determinants of dental treatment needs of children with primary dentition in Brazil. *Scielo Brasil*. 2006;11(1).

Anexos



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA
VISEU



INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?

Enquadramento: Investigação de âmbito académico a efetuar em Viseu, tendo como responsável a Professora Doutora Andreia Figueiredo, docente da Universidade Católica Portuguesa e a aluna do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Cláudia Carolina Benatru Antunes. O estudo será apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária.

Explicação do estudo: O estudo a realizar requer o preenchimento de um questionário constituído por 48 questões, com o objetivo de avaliar o conhecimento das grávidas sobre a saúde oral durante o período de gestação. Contém também uma ficha clínica que será preenchida com base na realização de um exame intra-oral, cujo objetivo será avaliar a presença de cárie e doença periodontal.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode efetuar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efetuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

Assinaturas dos responsáveis pelo projeto:

O Aluno:

Cláudia Benatru Antunes

O Docente/Orientador

Andreia Sofia de Paiva Figueiredo

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinou/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/s investigador/s.

Nome: _____

Assinatura: _____

Viseu, ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Na resposta indicar o número e o conteúdo deste documento



Universidade Católica Portuguesa – Centro
Regional das Beiras
Mestrado Integrado de Medicina Dentária
2015-2016

Questionário : “ Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral
para elas próprias e para a criança que irá nascer? “

Cláudia Carolina Benatru Antunes, aluna do 5º ano de Medicina Dentária da
Universidade Católica Portuguesa.

Este questionário é constituído por 48 questões e será preenchido por entrevista. Tem como objetivo avaliar o conhecimento das grávidas sobre a saúde oral durante o período de gestação.

Contém também uma ficha clínica que será preenchida com base na realização de um exame intra-oral, cujo objetivo será avaliar a presença de doença periodontal e cárie.

A resposta a todas as perguntas demora entre 7 a 8 min. A realização do exame intra-oral e o preenchimento da ficha clínica terão a duração de aproximadamente 15 min.

A sua colaboração é fundamental para que possa obter dados para a realização da minha monografia.

O questionário e a ficha clínica são anónimos e todos os dados fornecidos apresentam uma finalidade exclusivamente científica.

Será garantida absoluta confidencialidade das respostas.

Número :

1 - Idade

2 - Grau de escolaridade

3 - Profissão

4 - Habitação

Meio Rural Meio Urbano

5 - Rendimento mensal líquido

Inferior a 485€

Entre 486€ e 970€

Entre 971€ e 1455€

Entre 1456€ e 1940€

Superior a 1941€

6 - Situação laboral

Activa

Desempregada

Baixa médica

Estudante

7 - Hábitos tabágicos

Sim Não

8 - Hábitos alcoólicos

Sim Não

9 - Quantas vezes ao dia escovava os seus dentes antes de engravidar?

1x 2x 3x >3x

10 - Quantas vezes ao dia escova os seus dentes, actualmente?

1x 2x 3x >3x

11 - Adoptou novas medidas de higiene oral desde o início da gravidez?

Sim Não

12 - Se sim, quais?

13 - Utiliza fio dentário ou escovilhão?

Sim Não

14 - Realiza bochechos com elixir ou colutórios?

Sim Não

15 - Utiliza alguma fonte de flúor extra?

Sim Não

16 - Se respondeu sim, qual?

17 - Em que trimestre da gravidez se encontra?

1º trimestre

2º trimestre

3º trimestre

18 - É seguida no sector privado?

Sim Não

19 - Gravidez

Normal De risco

20 - É a sua 1ª gravidez?

Sim Não

Se respondeu sim passar directamente à pergunta 22.

21 - Se respondeu não na questão anterior.

a) Quantos filhos tem?

b) A gravidez anterior foi até às 40 semanas (a termo)?

Sim ☐ Não ☐

c) Se não, até quantas semanas?

22 - Como classificaria a sua saúde oral antes da gravidez?

Muito boa ☐

Boa ☐

Média ☐

Má ☐

23 - Como classifica a sua saúde oral agora?

Muito boa ☐

Boa ☐

Média ☐

Má ☐

24 - Considera importante uma boa saúde oral durante a gravidez?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

25 - Pensa que a gravidez altera negativamente a saúde oral?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

Se respondeu não ou não sei na questão anterior passe directamente à pergunta 27.

26 - Se respondeu sim.

a) Quais as alterações que considera mais notáveis?

Gengivas mais inflamadas e dor ao escovar ☐

Maior incidência de cáries ☐

Aparecimento de erosão dentária (desgaste da estrutura dentária por ácidos não bacterianos) ☐

Ocorrência de maior mobilidade nos dentes (dentes mais “descarnados”) ☐

Maior sensibilidade dentária ☐

b) Porque acha que acontecem essas alterações?

Perda do cálcio dos seus dentes para o bebé

Alterações hormonais

Maior consumo de açúcares

Má higiene oral

Períodos recorrentes de vômitos

27 - Pensa que a dieta alimentar influencia a saúde oral durante a gravidez?

Sim Não Não sei

28 - Considera que o aumento de açúcar na dieta alimentar aumenta o risco de cárie?

Sim Não Não sei

29 - Considera positivo escovar os dentes logo após um episódio de vômito?

Sim Não Não sei

30 - Qual o período da gravidez que considera mais prejudicial para a sua saúde oral?

1º trimestre

2º trimestre

3º trimestre

31 - Considera que o consumo de flúor durante a gravidez pode afectar a saúde dentária do seu filho?

Sim Não Não sei

32 - Se respondeu sim, acha que altera:

Positivamente

Negativamente

33 - Considera que o nível de vitamina D durante a gravidez pode afectar a saúde dentária do seu filho?

Sim Não Não sei

34 - Acha que alguma medicação tomada durante a gravidez pode levar a alterações na dentição do seu filho?

Sim Não Não sei

35 - Considera que infeções na boca podem prejudicar a saúde do seu bebé? Causar parto prematuro?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

36 - Pensa que pode transmitir cárie ao seu bebé?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

37 - Qual o período da gravidez que considera mais favorável para o tratamento dentário?

1º trimestre ☐

2º trimestre ☐

3º trimestre ☐

38 - Considera perigoso para o seu bebé a realização de exames radiográficos na consulta de medicina dentária?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

39 - Considera perigoso para o seu bebé a realização de anestesia durante o tratamento dentário?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

40 - Realizou alguma consulta com o seu Médico Dentista antes de engravidar?

Sim ☐ Não ☐

41 - Se respondeu não, porquê?

Falta de tempo ☐

Não achou necessário ☐

Falta de recursos económicos ☐

Não pensou nisso ☐

A gravidez não foi planeada ☐

42 - Sabe que tem direito à utilização de cheque dentista durante o período da gravidez?

Sim ☐ Não ☐

43 - Utilizou algum cheque dentista durante este período?

Sim ☐ Não ☐

44 - Considera benéfico realizar uma consulta com o seu Médico Dentista antes de engravidar?

Sim ☐ Não ☐

45 - Considera positivo a ida ao dentista durante a gravidez?

Sim ☐ Não ☐

46 - Recebeu algum tipo de informação sobre saúde oral durante a gravidez?

Sim ☐ Não ☐

47 - Se respondeu sim , por quem?

48 - Acha que está suficientemente informada sobre a saúde oral durante a gravidez?

Sim ☐ Não ☐


A saúde oral na gestação

Área disciplinar de Odontopediatria da CDU-Viseu:

Professora Doutora Andreia Figueiredo


Professora Doutora Mariana Seabra

Aluna Cláudia Benatru Antunes



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE




Clinica Dentária Universitária Viseu

Estrada da Circunvalação Viseu

A Saúde Oral Na Gestação

Universidade Católica Portuguesa



Consulta na Gravidez

Com o objetivo da futura mamã conseguir manter uma boa saúde oral durante todo o período da sua gravidez, é importante que conheça alguns factos acerca da importância da prevenção, quer da cárie dentária, quer das doenças das gengivas. A primeira atitude a tomar, para garantir uma boa saúde oral durante a gravidez, passa por realizar uma consulta de rotina antes de engravidar e efetuar todos os tratamentos dentários que sejam necessários (restaurações, extrações ou outros). Nunca nos devemos esquecer que as infeções dentárias são mais lesivas para o bebé do que os tratamentos efetuados atempadamente.

Durante a gravidez a mulher sofre importantes alterações hormonais, tendo repercussão ao nível da cavidade oral. As gengivas podem sangrar facilmente aquando da escovagem e pequenas lesões de cárie podem ter uma progressão mais rápida devido ao maior número de refeições que a futura mamã é obrigada a fazer e à acidez da saliva (vómitos e períodos de azia). Uma escovagem rigorosa, uso diário do fio dentário e uma dieta equilibrada são essenciais para reduzir os problemas dentários que podem acompanhar a gravidez. Estão ainda indicadas consultas de Higiene Oral de 3 em 3 meses.

Quando surge alguma queixa específica, como sejam por exemplo a existência de uma cárie, de um abscesso, de uma dor den-

tária ou gengival ou algum outro tipo de desconforto, a grávida deve ser avaliada por um Médico Dentista, de forma a decidir o tratamento mais indicado, de acordo com a respetiva fase da gravidez na qual a mulher se encontre. É aconselhável realizar os tratamentos durante o 2º semestre de gestação (entre as 14 e as 27 semanas). Durante o 1º e o 3º trimestres as consultas devem ser realizadas apenas quando estritamente necessárias. Seja qual for a fase da gravidez, a gestante deve assegurar-se que o Médico Dentista sabe que está grávida e manter as consultas de acompanhamento.

A consulta de Saúde Oral na Gravidez tem também como objetivo informar a grávida sobre os cuidados de higiene oral, alimentação e futuros hábitos que devem dispensar ao bebé desde o nascimento.



Alguns mitos:

A gravidez não enfraquece os dentes.

Durante a gravidez não há perda de cálcio dos dentes da futura mamã para o bebé.

Alguns factos:

As gengivas sangram mais na gravidez. A doença periodontal pode aumentar o risco de o seu bebé nascer com baixo peso.

Relativamente à medicação, é importante que nunca se automedique. O Médico Dentista saberá quais os tipos de medicamentos que pode tomar.

Uma grávida pode fazer tratamentos dentários, mesmo que seja necessária anestesia.

Se a mãe não cuidar dos seus dentes pode infectar o bebé através da entrada de bactérias na corrente sanguínea.

Clinica Dentária Universitária Viseu

Ficha de Observação Clínica

Doenças Periodontais (ICP)

Código

0 - Gengiva saudável	3 - Bolsa periodontal de 4 – 5 mm
1 - Hemorragia à sondagem	4 - Bolsa periodontal de 6 mm ou mais
2 - Cálculo	X - Sextante excluído
	9 – Não registado

16	11	26
46	31	36

Cárie Dentária (CPOD)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Código

- | | |
|------------------------------|---|
| 0 - São | 7 - Suporte de prótese, coroa, faceta ou implante |
| 1 - Cariado | 8 - Não erupcionado |
| 2 - Obturado com cárie | T - Traumatismo |
| 3 - Obturado sem cárie | 9 - Não registado |
| 4 - Perdido por cárie | |
| 5 - Perdido por outro motivo | |
| 6 - Selante de fissura | |

Anexo V – Pequeno relatório entregue à gestante



Departamento de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa

Exame Clínico Intra-Oral - Resultados

Após exame intra-oral, apresenta:

Necessário realizar destartarização ☐

Necessário realizar uma consulta urgente ao médico dentista ☐